JOURNAL

DE

CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR ET DU MÉRITE MILITAIRE DE POLOGNE, ETC.

Première année. — 1843.

TOME PREMIER.

On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL CHEZ PAUL DUPONT ET Cie, ÉDITEUR,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JANVIER 1843.

SOMMAIRE.

AVANT-PROPOS.

Un Journal exclusivement destiné à la chirurgie, à en juger par les tentatives déjà faites, est une œuvre difficile à créer et à soutenir. Certes, ni le talent, ni la volonté ne manquaient à ceux qui nous ont précédés dans cette carrière, et il faut bien chercher ailleurs les causes qui ont nui à leur succès. Sans doute, c'est que les efforts d'un seul homme, ou d'un petit nombre d'hommes, ne sauraient suffire pour assurer à une publication de cette nature toutes les conditions désirables d'intérêt, d'autorité et de durée; et il nous a paru que nous aurions bien plus de chances de réussir, si, appelant à nous tous les représentants de la Chirurgie française, nous faisions de ce Journal un grand centre où aboutiraient tous les travaux vraiment utiles, une tribune où tous nos chirurgiens prendraient la parole à leur tour. Nous nous sommes donc adressés aux chefs de service des hôpitaux de Paris, aux professeurs de la Faculté, aux membres de l'Académie royale de Médecine, aux praticiens les plus notables. Nous avons fait un semblable appel aux chirurgiens des grands hôpitaux de province; et, à part un petit nombre de nos collègues, absorbés par des occupations d'une autre nature, ou liés par des engagements antérieurs, nous sommes heureux de dire que nos vues ont été comprises, et que nous avons réuni les adhésions les plus nombreuses et les sympathies les plus honorables. Nous espérons ainsi que ce Journal représentera fidèlement à la France et à l'étranger le mouvement et la physionomie de notre Chirurgie contemporaine; et telle est, dès aujourd'hui, l'abondance de nos matériaux, que, pour céder au légitime désir de nos collaborateurs, nous donnerons à ce premier numéro un supplément d'égale étendue, qui paraîtra le 20 janvier prochain.

Nous ne négligerons point cependant de tenir nos lecteurs au courant des progrès de la Chirurgie étrangère ; et ce sera là l'un des objets essentiels de nos revues critiques. M. Danyau, professeur-adjoint à l'hospice de la Maternité, sera chargé de tout ce qui regarde l'obstétrique; et pour ce qui concerne la pharmacologie chirurgicale, nous aurons recours aux lumières spéciales de M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur la fracture par écrasement du calcanéum, *par* M. Malgaigne.

Je me propose, dans ce Mémoire, d'appeler l'attention des praticiens sur une fracture demeurée jusqu'à présent inconnue, car je n'en ai trouvé de mention dans aucun traité de chirurgie, qui ne doit pas cependant être bien rare, puisque j'en ai rencontré coup sur coup trois exemples ; qui enfin a pu exposer plus d'un chirurgien à une erreur de diagnostic, car j'ai d'abord commis cette erreur moi-même, et n'en ai été détrompé que par l'autopsie.

Il ne manque pas cependant dans nos livres classiques, comme dans nos dictionnaires, d'articles assez étendus sur la fracture du calcanéum ; mais on entend par là une sorte de rupture analogue à celle de la rotule, effectuée par la contraction des muscles qui aboutissent au tendon d'Achille, et dans laquelle les fragments s'écartent et demeurent séparés par un intervalle plus ou moins considérable. Peu de sujets ont aussi heureusement exercé la verve des théoriciens ; ils ont étudié avec une sorte de complaisance la nature de la cause fracturante, sa manière d'agir, les symptômes produits, les moyens d'y remédier ; à ce tableau tracé de main de maître, il ne manquait, à vrai dire, qu'une seule chose, quelques faits exactement observés. Chose étrange à dire ! pas un dogmatiste dissertant si bien sur la fracture par arrachement du calcanéum n'en avait vu un seul exemple ; à force de recherches, je n'ai pu parvenir encore qu'à en rassembler cinq ou six cas fort incomplets, fort mal observés, qui font jusqu'à présent tout le bagage de la science, et ce n'est pas trop s'avancer de dire qu'il y en a plus de descriptions que d'observations. La conséquence que je veux tirer de tout ceci, c'est que la fracture par arrachement doit donc être excessivement rare, car elle est des plus faciles à reconnaître, et qu'il se pourrait bien qu'elle dût céder le pas dans nos descriptions à cette autre fracture que j'appellerai par écrasement, et qui, par la difficulté de son diagnostic, est restée oubliée ou bien plutôt méconnue.

Du reste, avant d'en aborder l'histoire, il me paraît à propos de mettre sous les yeux du lecteur le premier fait qui soit venu m'avertir de son existence ; le récit de l'erreur où je suis tombé en dira peut-être plus que toutes les réflexions du monde sur l'importance relative de ce sujet.

Observ. I[re]. — *Chute présumée sur les pieds ; signes de fracture rapportés à une fracture du péroné ; fracture du calcanéum reconnue à l'autopsie.*

Le 11 mai 1842, on apporta dans mon service à Bicêtre le nommé Martelli, aliéné, âgé de 60 ans, qui depuis quelques jours ne pouvait plus marcher par suite d'une chute. On nous apprit que cet homme, atteint d'une paralysie commençante, marchait habituellement avec peine, sans claudication apparente, mais sujet à perdre l'équilibre au moindre obstacle que les pieds venaient à heurter; et il faisait ainsi des chutes assez fréquentes qui n'avaient eu jusque là aucune suite fâcheuse. Le 7 mai il avait voulu pénétrer dans l'école par une fenêtre ouverte à hauteur d'appui ; mais, ayant mal pris ses mesures, il était retombé en dehors sur le pavé. Il ne pouvait dire comment il était tombé, ni sur quelle partie ; tout ce qu'on pouvait présumer est que la chute avait porté sur le pied droit. Il se releva et put marcher encore, mais en boîtant cette fois sensiblement ; le lendemain la douleur accrue l'avait obligé à garder le lit dans sa division ; et les cataplasmes émollients continués plusieurs jours n'ayant amené aucun amendement, c'est alors qu'on nous l'avait envoyé.

A l'examen, nous trouvâmes la partie inférieure de la jambe et le pied

occupés par un gonflement considérable, sans déformation bien apparente, le pied dans ses rapports normaux avec la jambe, et le gonflement égal des deux côtés. Le doigt promené le long du péroné déterminait par la pression une douleur assez vive dans la moitié inférieure de cet os, égale dans tous les points, hormis sur la malléole externe, et plus encore au-dessous de cette malléole où elle devenait beaucoup plus intense. L'os résistait partout ; aucun mouvement ne déterminait ni déplacement, ni crépitation ; le tibia paraissait intact. Tout bien considéré, je réservai mon diagnostic ; toutefois je croyais n'avoir à hésiter qu'entre une entorse simple et une entorse avec fracture du péroné, et j'inclinais beaucoup vers cette deuxième manière de voir.

On continua trois jours encore les cataplasmes sans changement apparent ; le 14 mai seulement le gonflement parut avoir un peu diminué, et des ecchymoses se montraient autour des deux malléoles et s'étendaient jusque sous la plante du pied. Des mouvements imprimés avec réserve à l'articulation firent percevoir quelques craquements rares et sourds. Etait-ce là l'indice que j'attendais de la fracture du péroné, ou bien n'était-ce pas un simple craquement dû à l'épanchement du sang dans les tissus ambiants et peut-être dans les gaînes tendineuses ? Sans rien décider encore, je jugeai prudent, comme le malade était fort agité, de fixer au côté interne du membre une attelle à laquelle j'attachai le pied, de manière à prévenir tout renversement en dehors, et, pour plus de sécurité, j'assujettis les deux cuisses à l'aide d'un lac serré en travers du lit.

Le 19, le gonflement avait presque entièrement disparu ; il n'en restait guère que les ecchymoses. Le péroné exploré de nouveau n'offrit nulle part de solution apparente de continuité ; et toutefois des mouvements imprimés au pied nous ayant donné une crépitation cette fois incontestable, je m'affermis dans l'idée de ma fracture, et j'appliquai un bandage dextriné. Ce ne fut pas pour longtemps ; le malade, en proie depuis son entrée à un délire incessant, fut pris dans la nuit même d'une violente congestion cérébrale, et succomba le 20 à sept heures du matin.

Qu'il me soit permis, avant d'aller plus loin, de revenir sur le diagnostic ainsi porté. N'étaient-ce point là tous les signes attribués à une entorse violente ? Et quand, en outre de ces signes, nous entendions une crépitation manifeste, bien que fugitive, le tibia étant intact, toutes les notions acquises ne nous autorisaient-elles point à la rapporter au péroné ? Voyez ce que Dupuytren a écrit des chutes sur les pieds, du diagnostic des fractures douteuses du péroné, des lésions qui peuvent les simuler et induire le praticien en erreur ; ajoutez les données ingénieuses que nous devons à M. Maisonneuve ; la fracture du calcanéum n'y est pas même indiquée, pas même soupçonnée. La fracture de l'astragale est d'une telle rareté qu'elle peut à peine être mise en ligne de compte ; la fracture du péroné attire à elle toutes les présomptions, toutes les préoccupations, et on peut lire dans le célèbre mémoire de Dupuytren des observations de fractures du péroné diagnostiquées avec moins de symptômes caractéristiques que la mienne.

J'abordai donc l'autopsie sans défiance, curieux cependant, car c'était la première fois que j'avais à disséquer une de ces fractures douteuses, de rechercher à quelles conditions était due l'obscurité des symptômes.

Je mis à nu le péroné dans toute sa longueur ; il était intact.

J'explorai le tibia et ses jointures avec le péroné ; tout était sain.

L'astragale eut son tour ; il était à l'état normal.

Seulement nous trouvâmes un peu de liquide sanguinolent dans l'articulation tibio-tarsienne, et nous pûmes suivre les ecchymoses observées pendant la vie, d'abord au côté externe de cette articulation, où il existait un épanchement notable de sang sous la peau ; puis sur la partie externe du dos du pied, derrière le talon, et enfin sous la plante du pied. Dans cette dernière région seulement, l'ec

chymose occupait les muscles et leurs interstices; partout ailleurs elle était sous-cutanée. En allant plus loin, nous rencontrâmes un peu de liquide sanguinolent dans la bourse synoviale du tendon d'Achille, puis dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne; et enfin du sang coagulé dans l'articulation astragalo-calcanéenne. Le calcanéum ainsi isolé, nous vîmes en plein la lésion dont il était le siége.

Il avait été comme écrasé et aplati de haut en bas. D'abord une première fracture horizontale l'avait séparé en deux moitiés superposées, dont la supérieure était enfoncée, surtout en avant, dans le tissu spongieux de l'inférieure, à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Cette portion supérieure, était à son tour partagée en deux par une fracture antéro-postérieure divisant la grande surface articulaire; et ces deux nouveaux fragments restés en contact en arrière, s'écartaient en avant de manière à laisser entre eux un intervalle de 4 à 5 millimètres rempli par du sang coagulé, lequel semblait avoir déjà reçu un commencement d'organisation. Le fragment interne, déplacé en bas et en dedans, était seul mobile, et c'était lui qui nous avait donné pendant la vie cette sensation de crépitation. J'omets une foule d'autres petites fractures occupant la grande apophyse antérieure et l'apophyse interne, mais tellement maintenues en rapport, soit par le tissu fibreux qui forme l'enveloppe de l'os, soit par l'enclavement des fragments les uns dans les autres, qu'il était impossible d'y produire la moindre crépitation. Notez, s'il vous plaît, que, bien qu'au treizième jour, il n'y avait pas la moindre trace de travail de consolidation à l'extérieur, en d'autres termes pas de cal provisoire.

Je commençai par décrire l'état des parties avec grand soin; puis je fis dessiner la pièce; et, tout bien considéré, je vis que la fracture aurait pu être devinée pendant la vie à ces trois caractères: 1° l'élargissement du calcanéum au-dessous de l'astragale; 2° l'aplatissement de la voûte du pied; 3° l'absence de signes certains de fracture dans les os voisins. Mais le gonflement du pied d'une part, et de l'autre mes préoccupations classiques, m'avaient en quelque sorte fermé les yeux.

Je n'osais cependant attacher trop d'importance à ma découverte; et ce devait être un cas bien rare et bien extraordinaire qu'une fracture demeurée inconnue jusqu'au dix-neuvième siècle. Cependant, environ un mois après, il s'en présenta un deuxième exemple; et cette fois, bien avertis, nous eûmes la gloire de la reconnaître.

Observ. II. — *Chute sur les pieds; fracture du calcanéum gauche reconnue; vives douleurs, persistant même après la consolidation.*

Louis Béju, âgé de 28 ans, corroyeur de son état, terrassier par faute d'ouvrage, travaillait le 27 juin 1842 dans une carrière découverte, et traînait derrière lui une brouette vide sur une planche jetée en travers de la carrière à 5 mètres de hauteur. La roue de la brouette quitta la planche; notre homme, menacé d'une chute, fit un violent effort pour retenir la brouette, et, ne pouvant y parvenir, prit son temps pour arranger au moins sa chute, et tomber sur un terrain uni. Il tomba droit sur les deux pieds et ressentit immédiatement une vive douleur au pied gauche. Ses camarades accoururent, mirent la jambe à nu, et comme il n'y avait aucune plaie, le blessé s'imagina avoir quelque chose de disloqué, et les pria de lui tirer très fortement le pied. Ils obéirent, mais la douleur persista; en conséquence ils l'apportèrent à Bicêtre, et aux renseignements qui précèdent ils ajoutèrent celui-ci, que pendant les tractions sur le pied ils avaient entendu un bruit dont ils ne pouvaient bien préciser le caractère.

Au premier coup d'œil, rien ne paraissait changé à la conformation du membre, à part un léger gonflement autour et au-dessous des malléoles; mais ce gonflement était mou sous la malléole externe, dur et résistant au-dessous de l'interne. La pression déterminait un peu de douleur vers le sommet des malléoles, mais une douleur très vive au-dessous, de même qu'en arrière sous l'insertion du tendon

d'Achille. Les tractions sur le pied étaient peu douloureuses; les mouvements d'extension, de flexion et de latéralité l'étaient beaucoup. Aucune de ces manœuvres ne détermine de crépitation; il n'y a pas non plus d'ecchymoses apparentes.

Malgré l'absence de crépitation, la nature de la chute, les dires du malade et de ses camarades sur le bruit entendu par eux lors des tractions exercées, le siége de la douleur, la saillie osseuse sous la malléole tibiale, et enfin l'absence de tout indice suffisant de fracture au péroné, me firent diagnostiquer une fracture du calcanéum. L'un des phénomènes essentiels, l'écrasement de la voûte du pied, manquait à la vérité; mais les tractions avaient pu produire une réduction suffisante pour en expliquer l'absence apparente. J'établis une compression modérée à l'aide de compresses disposées en dehors, en dedans, sur le dos et sous la plante du pied, maintenues par un bandage roulé remontant jusqu'à mi-jambe; après quoi, le pied fut élevé sur des paillassons, soutenu par un coussin à son côté externe, pour s'opposer à toute rotation anormale; et je recommandai au malade d'arroser l'appareil d'eau blanche le plus fréquemment possible.

La journée fut mauvaise. Le malade se plaignit de douleurs lancinantes et déchirantes très vives, dont il accusait le bandage; et, vers le soir, nous craignîmes en effet que le bandage ne fût trop serré. On le leva en conséquence; mais comme il n'avait laissé sur la peau ni rougeur ni empreintes, il fut réappliqué comme auparavant.

Les douleurs continuèrent toute la nuit, au point d'empêcher le malade de fermer l'œil, déclinèrent un peu le lendemain matin, mais pour revenir le soir avec une telle violence que le malade ôta son appareil. L'état des parties étant des plus satisfaisants, il consentit à se le laisser remettre.

Ces douleurs étaient vraiment étranges. Nous avions saigné le malade aussitôt après son arrivée; le sang, comme on le pense bien, avait offert l'aspect normal. Il n'y avait pas eu de fièvre, pas la moindre accélération du pouls, pas d'inflammation locale appréciable; le gonflement tendait plutôt à diminuer qu'à s'accroître, et le ventre était libre. Néanmoins, la nuit du 28 au 29 fut encore sans sommeil; ce ne fut que ce dernier jour, vers dix heures du matin, cinquante heures après l'accident, que la douleur cessa presque entièrement, et la nuit suivante fut bonne.

La douleur revint dans la nuit du 1er juillet, mais pour disparaître dès le lendemain. Une petite douleur d'un tout autre genre se fit sentir aussi à la partie postérieure du talon, due probablement à une fracture située dans ce point; et nous remarquâmes pour la première fois que l'axe du pied était un peu plus incliné en dehors que sur le membre sain.

Le 2 juillet, cinquième jour, une ecchymose apparut au-dessous de la malléole externe; elle figurait un triangle dont le sommet répondait à la pointe de la malléole et la base au bord externe du pied. Du reste, elle ne s'étendit pas davantage, et disparut au bout de deux jours.

Le 4 juillet, je suspendis les irrigations, et ayant à renouveler l'appareil et à corriger la légère déviation du pied en dehors, je saisis cette occasion d'étudier de nouveau les phénomènes de la fracture. Je m'assurai ainsi que le point où la pression était le plus douloureuse était à environ trois centimètres au-dessous de la malléole tibiale, le long du bord interne du pied, au-dessous même de la saillie osseuse anormale dont j'ai parlé. Le tout, dégagé à peu près de tout gonflement, apparaissait à l'œil un peu élargi et aplati à la fois. Les mouvements communiqués au pied étaient peu douloureux, et toujours sans crépitation; mais quand on disait au malale de fléchir ou d'étendre le pied, la douleur était vive, et le malade la rapportait constamment au tendon d'Achille, immédiatement au-dessus du calcanéum. La pression en ce point était aussi très pénible, bien que le toucher n'y fît reconnaître rien d'anormal. L'appareil fut appliqué de manière à ramener la pointe du pied en dedans.

Ces essais, quoique fort ménagés, ramenèrent des douleurs lancinantes, qui persistèrent la nuit et la journée suivante; un léger gonflement apparut sur le coude-pied et la malléole interne. Je mis un appareil plus simple, abandonnant à elle-même la légère déviation en dehors. Le gonflement céda; mais la douleur, disparue dans la journée du 6, revint le 7, assez intense pour nous engager à reprendre les arrosions d'eau blanche, et dura ainsi jusqu'au 9. Du 9 au 20, elle reparut par intermittences, à peu près nulle pendant le jour, revenant la nuit très violente; et les arrosions étant évidemment impuissantes à la calmer, furent définitivement abandonnées.

Du 20 au 26 tout alla à merveille. Nous étions alors au vingt-neuvième jour; il semblait bien qu'il n'y eût aucun péril à essayer de légers mouvements, et cette précaution me paraissait indispensable pour éviter les ankyloses. J'essayai donc d'imprimer quelques mouvements réguliers; mais les douleurs revinrent la nuit et la journée suivante, et je me résignai à attendre encore.

Le 8 août, 42e jour, je permis au malade de se lever à l'aide de béquilles, avec injonction de ne pas poser le pied à terre. Il avait lui-même trop peur de ses anciennes douleurs pour dépasser mes ordres; et, jusqu'au 15 août, il usa de ses béquilles en appuyant à peine la pointe du pied, mais aussi sans accidents. Ce jour-là, en descendant l'escalier, l'une des béquilles glissa; pour sauver son équilibre, il fut forcé d'appuyer fortement le pied sur le sol; de là une nouvelle atteinte de douleur qui demanda quelques jours de repos pour se dissiper. Cette épreuve l'enhardit pourtant; il se servit peu à peu de son pied, et remplaça bientôt les béquilles par un béquillon. Dans les premiers jours de septembre, la marche, aidée du béquillon, était assez solide; les mouvements d'extension et de flexion étaient bornés, mais non douloureux; et quand il avait un peu fatigué, c'était constamment en arrière, vers l'insertion du tendon d'Achille, que la douleur se faisait sentir. Arrivé à ce point, notre homme décampa un beau jour sans nous dire adieu, nous laissant le regret de ne pas pouvoir suivre jusqu'au bout une observation aussi importante.

Je fis cependant courir après; et M. Champeaux, l'un de mes internes, le retrouva sur la fin de septembre. Il avait quitté son béquillon; mais il ressentait toujours, après une longue marche, cette douleur vers l'insertion du tendon d'Achille.

Ici notre attention, éveillée par un premier cas, nous mit sur la voie du diagnostic, qui très probablement, sans cette circonstance, nous aurait échappé. Comme je reviendrai plus loin sur les signes caractéristiques, je veux seulement insister ici sur cette douleur étrange qui tourmenta notre blessé si longtemps et par de si nombreuses récidives, tandis que le premier n'en avait nullement accusé. Sans doute on pourrait à toute force alléguer que l'aliénation mentale du premier aurait pu lui ôter le sentiment de ses souffrances; mais je répugnais à considérer une douleur si extraordinaire comme l'attribut constant d'une fracture quelconque; et recherchant quelle en avait été la cause, je me demandais si les tentatives de réduction n'en devaient pas être accusées. Déplacer, déranger ces fragments nombreux tassés et quasi confondus par l'écrasement, faire le vide dans leurs intervalles, y appeler un nouvel épanchement de sang, n'était-ce pas assez pour déterminer une douleur plus vive et plus persistante? simple présomption, et qui sans doute aurait besoin de plus d'un fait pour acquérir quelque consistance. Mais j'étais sous l'impression de ce fait unique quand il m'en arriva encore un autre; et j'avoue que la crainte d'éveiller quelque douleur de cette nature fut l'un des motifs qui me détournèrent de tout essai de réduction.

Obs. III.—*Chute sur les talons; fracture par écrasement des deux calcanéum; pas d'accidents, mort par cause étrangère le 49e jour.*

Caron, âgé de 45 ans, aliéné, jadis berger, était en proie à un délire triste, craignant qu'on ne l'accusât d'avoir volé des moutons. Déjà plusieurs fois il avait

tenté de se suicider, lorsque, le 12 juillet 1842, étant descendu dans le préau commun et trouvant apparemment l'occasion belle, il grimpa rapidement sur un arbre. Les surveillants accoururent, mais trop tard; et le malheureux ayant atteint une branche de 7 à 8 mètres d'élévation, se précipita de cette hauteur et tomba juste sur les deux talons. De là une vive douleur, impossibilité de se relever; on le transporta à son lit, et le lendemain, 13, on l'envoya dans le service de chirurgie.

Ce même jour, à la visite, on constata les phénomènes suivants.

Le pied gauche présentait au niveau et au-dessous des malléoles un gonflement assez considérable, mais offrant une frappante analogie avec celui que nous avions observé chez les deux malades précédents, et nous l'étudiâmes ici plus exactement encore. La jambe mesurée immédiatement au-dessous des malléoles donnait 22 centimètres et demi de circonférence; au niveau des malléoles 29 centimètres un tiers; plus bas la mensuration n'aurait pu être appliquée avec avantage que si l'autre pied fût resté intact. On sentait assez bien la malléole tibiale sous ce gonflement, sans pouvoir cependant reconnaître d'une façon certaine si elle avait souffert quelque fracture; et il semblait à l'œil qu'elle était notablement déjetée en dedans, où sa saillie paraissait plus forte que de coutume. De même au côté externe, la malléole péronière paraissait plus saillante et comme déjetée en dehors; mais à l'aide de pressions méthodiques, je me convainquis que cette saillie externe était entièrement due au gonflement sous-cutané, dans lequel je saisis même une sensation obscure de fluctuation. Au-dessous de la malléole péronière, la tuméfaction se profongeait vers le calcanéum, mais en diminuant un peu; en dedans, au contraire, au-dessous de la malléole tibiale, on voyait et on sentait au doigt une saillie dure qui se prolongeait jusque près du talon et faisait suite à la saillie malléolaire; et dans cet endroit, malgré la densité de la peau, on distinguait une teinte bleuâtre profonde qui accusait une extravasation de sang. Le dos du pied était aussi fortement tuméfié; mais ce gonflement était mou et dépressible, et le doigt le déprimait si profondément avant d'arriver aux os, qu'il paraissait évident que la voûte osseuse devait être affaissée et comme écrasée. Cependant aucune de ces recherches ne déterminait de crépitation; l'articulation tibio-tarsienne se prêtait à tous les mouvements réguliers, et non à aucun autre; il n'y avait aucun des signes pathognomoniques de la fracture du péroné, et déjà nous avions des signes presque indubitables de la fracture du calcanéum. Afin de les compléter, j'embrassai le talon d'une main, de l'autre j'imprimai à la pointe du pied des mouvements de latéralité, et j'obtins ainsi une crépitation manifeste qui semblait se passer tout entière dans le calcanéum. Dès lors il n'y avait pas à hésiter sur cette partie du diagnostic; mais la saillie de la malléole interne et l'affaissement de la voûte du pied me paraissaient tels, que je doutais encore s'il n'y avait pas en même temps fracture de l'astragale et de cette malléole.

Le pied droit offrait des phénomènes tellement semblables ou du moins avec des nuances tellement insignifiantes, que la même description peut lui suffire. La circonférence de la jambe au-dessus des malléoles était de 22 centimètres, au niveau des malléoles 29 centimètres et demi; seulement, en avant de la malléole externe, était une petite écorchure qui n'existait pas à l'autre pied, et que je note pour ne rien omettre. Le diagnostic fut donc le même, absolu pour la fracture du calcanéum, réservé sur les deux autres points.

Moitié à cause de cette incertitude, moitié aussi par l'impression que m'avaient faite les douleurs de mon autre malade, je ne voulus pas m'aventurer à une double réduction. Je me bornai à établir sur toutes ces parties une compression modérée à l'aide de compresses et d'un bandage roulé; pour nous mettre en garde contre le renversement du pied en dehors, deux attelles latérales furent appliquées, les jambes élevées sur des coussins, et les appareils continuellement arrosés avec de l'eau blanche.

Deux jours se passèrent ainsi. Le malade, assoupi dans la journée, délirait et vociférait toute la nuit, sans accuser du reste aucune douleur du côté des pieds. Le 15 juillet nous renouvelâmes les appareils ; la diminution très sensible du gonflement nous permit de nous assurer que la malléole tibiale était intacte ; la pression n'était douloureuse qu'au dessous des malléoles.

Le 21 juillet, huitième jour, le gonflement avait presque entièrement disparu ; des ecchymoses se montraient au-dessous des malléoles et remontaient de là jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Les irrigations furent suspendues, et les appareils laissés en place jusqu'au 15 août, 33e jour. Le malade avait été assez tranquille ; à la levée des appareils nous trouvâmes les ecchymoses disparues, toute douleur à la pression dissipée, la voûte tarsienne fortement aplatie ; mais comme l'aplatissement était égal des deux côtés, il n'était pas facile de distinguer ce qui était l'effet de l'écrasement et ce qui pouvait tenir à la forme même des pieds chez ce malade.

Je ne voulus pas cependant, de peur d'accident, considérer la consolidation comme suffisante ; et ce ne fut que le 23 août, 41e jour, que je lui permis de se lever à l'aide de béquilles. Il eut beaucoup de peine à en apprendre l'usage ; le lendemain on le fit recommencer, quand tout-à-coup, sans cause connue, au milieu de la journée, il fut pris de coliques très vives, accompagnées de vomissements répétés. Il rendit d'abord ses aliments, puis de la bile, puis vers le soir un vers lombric. On applique 15 sangsues à l'épigastre ; les vomissements continuent, le hoquet s'y joint ; le ventre se ballonne, devient douloureux à la pression ; pas de selles, et pourtant pas de fièvre. Nous soupçonnâmes une hernie, et de fait nous découvrîmes une petite hernie crurale, mais souple, indolente et facilement réductible. Une nouvelle application de sangsues échoua comme la première ; un vésicatoire à l'épigastre saupoudré de morphine pour calmer le hoquet, une potion vermifuge, des onctions mercurielles eurent aussi peu d'effet ; le 29 seulement, l'éjection d'un nouveau ver lombric par la bouche arrêta subitement le vomissement et le hoquet. Mais à partir de ce moment des symptômes presque opposés et non moins menaçants apparurent ; fièvre, pouls rapide, dépressible ; langue sèche et fendillée, délire continuel ; le ventre à peine douloureux s'était aplati et rétracté vers les lombes comme dans la colique de plomb ; à la constipation avait succédé la diarrhée ; bref le malade succomba dans la nuit du 30 au 31 août, 48 jours après sa chute.

J'ai besoin de dire tout d'abord, pour justifier les détails dans lesquels je suis entré sur la dernière maladie, que l'autopsie ne nous fit rien découvrir d'anormal ni dans l'abdomen, ni dans la poitrine. Dans le crâne, outre une sorte d'infiltration sanguine dans la pie-mère, et de la sérosité sanguinolente dans les ventricules, on trouva en avant de la protubérance annulaire, sous l'arachnoïde, un caillot sanguin du volume d'une aveline. Tout cet appareil d'une péritonite intense était-il purement sympathique de la lésion encéphalique? Il est à noter qu'en même temps, dès le 26 août, il s'était produit un strabisme convergent de l'œil droit.

Mais laissant là cette question délicate, et revenant à nos fractures, la dissection suivie avec le plus grand soin mit au jour des ecchymoses sous-cutanées dans le tiers inférieur de chaque jambe, une infiltration sanguine dans les muscles de la plante du pied, surtout en arrière, et de la synovie sanguinolente dans les articulations tibio-tarsiennes, calcanéo-cuboïdiennes, et cunéennes. Le tibia et le péroné étaient intacts ; leurs ligaments intacts, l'astragale intact ; le calcanéum écrasé de haut en bas avec enfoncement des fragments les uns dans les autres, mais surtout avec un élargissement notable de son diamètre transversal, élargissement presque entièrement opéré du côté interne. Aucune trace de cal extérieur. Ayant fait scier les deux os horizontalement, je constatai que les nombreux inter-

valles laissés par les fractures étaient à peine remplis par un tissu spongieux, plus rouge, plus rare et plus tendre que le tissu de l'os ; dans plusieurs endroits même la réunion ne s'était faite que par un tissu mou, tomenteux et membraniforme. J'ai fait également dessiner ces pièces, et j'en donnerai des figures exactes dans l'atlas de mon *Traité des Fractures* qui est sous presse en ce moment.

Le premier point que je veuille noter à propos de cette observation, c'est la succession rapide de ces trois faits, arrivés coup sur coup dans mon service dans un espace de moins de deux mois. On sait que le hasard amène fréquemment de ces rencontres pour les lésions les plus rares ; faut-il croire qu'en effet il s'agit là de trois cas rares, et qui ne se reverront plus de longtemps? Alors, sans doute, il était urgent de les saisir au passage pour avertir les praticiens de leur existence, et il y aurait déjà là quelque utilité. Au contraire, seraient-ce des exemples d'une fracture plus commune qu'on ne pense, et méconnue précisément parce qu'on n'y a jamais pensé, et que les occasions de la constater à l'autopsie avaient jusqu'ici manqué ? L'expérience future en décidera ; toutefois je consignerai encore ici un renseignement qui ne sera peut-être pas sans intérêt.

Durant deux ans et demi que j'ai dirigé le service chirurgical de Bicêtre, je n'ai vu que dix fractures déterminées par un faux pas ou une chute sur les pieds. Deux occupaient les deux os de la jambe ; deux le tibia seul ; trois le péroné seul ; et sur ces trois, une était sans déplacement. On vient de lire l'histoire des trois autres. Or, si mon premier malade avait guéri, je compterais aujourd'hui au moins cinq fractures du péroné ; et je ne sais pas trop si j'aurais su assigner le siége de la dernière fracture, la plus manifeste de toutes.

Mais un autre enseignement au moins aussi important qui ressort de ce dernier fait, c'est que quarante-huit jours ne suffisent pas pour rendre au calcanéum écrasé une solidité égale à celle qu'il avait auparavant ; en un mot, que la consolidation est trop molle encore et trop imparfaite pour lui confier le poids du corps sans quelque péril ; et dans l'état actuel des choses, je ne voudrais pas permettre à un malade de poser le pied sur le sol avant le soixantième jour, bien que tout appareil puisse être ôté dès le trentième.

Essayons maintenant de résumer l'histoire de cette fracture dans ses éléments les plus pratiques. Tout indique qu'elle doit reconnaître pour cause presque unique une chute sur les talons ; cette cause a été constatée pour nos deux derniers malades, et peut être regardée comme à peu près certaine pour le troisième.

Les symptômes sont une vive douleur, assez forte pour empêcher les blessés de marcher ; notre premier sujet a fait toutefois exception à cette règle. Presque en même temps que la douleur, se développe une tuméfaction qui embrasse les deux malléoles, le cou-de-pied, une portion du dos du pied, les deux côtés du pied sous les malléoles, une partie de la plante du pied ; et, chose remarquable, le talon et la région du tendon d'Achille ne nous ont rien offert de semblable. Ce gonflement masque si bien la déformation des parties qu'un œil peu exercé croirait le pied tout-à-fait hors de cause ; et il est tellement marqué sur les malléoles, et surtout sur la malléole externe, qu'il attire presque invinciblement l'attention de ce côté. Mais sur les malléoles comme sur le dos du pied il est mou et dépressible, tandis qu'au dessous de la malléole interne il repose sur une véritable saillie osseuse anormale, celle du fragment interne et supérieur du calcanéum. L'ecchymose, difficile à apercevoir au début, se prononce davantage au bout de quelques jours, peut remonter jusqu'au tiers inférieur de la jambe, mais siége principalement au dessous des malléoles. Là aussi se rencontrent les points les plus douloureux à la pression, surtout au côté interne, puis à la partie postérieure du talon, quelquefois sur les malléoles même. Les deux déformations caractéristiques sont : l'élargissement du calcanéum, sensible à l'œil attentif, mais surtout au toucher au dessous de la malléole interne; et l'affaissement de la voûte du pied, quel-

quefois sensible à l'œil, sinon reconnaissable au toucher en déprimant les parties molles tuméfiées du dos du pied. La crépitation est obscure, sujette à manquer; le meilleur moyen de l'obtenir est d'embrasser le talon d'une main, tandis que de l'autre on imprime au pied divers mouvements, et surtout des mouvements de latéralité.

Cette fracture, ainsi qu'on l'a vu, a été prise pour une fracture du péroné sans déplacement, mais compliquée d'entorse. On évitera cette erreur en s'assurant exactement du siége de la douleur à la pression, en cherchant la crépitation par les moyens signalés, et surtout en constatant la saillie interne du calcanéum et l'affaissement de la voûte tarsienne. Même après avoir reconnu la fracture calcanéenne, il est possible de se laisser prendre aux apparences du gonflement, et de soupçonner ainsi des complications qui n'existent point, telles que des fractures des malléoles ou de l'astragale; la prudence veut qu'alors au moins on réserve son jugement définitif jusqu'après une diminution sensible du gonflement.

Maintenant faut-il ou non essayer la réduction, c'est-à-dire exercer des tractions directes sur le pied pour rendre à l'os écrasé sa hauteur naturelle? Je reste encore dans le doute à cet égard, et j'inclinerais plutôt à ne rien faire. Ce qui me fait pencher surtout vers cette conclusion, c'est la considération de la lenteur et du peu d'énergie du travail de consolidation; il n'y a pas ici de cal provisoire, et le cal définitif paraît fort long à se solidifier. Mais je regarde comme essentiel d'assurer le pied contre toute déviation en dedans ou en dehors par un appareil quelconque; les deux attelles latérales ont suffi sur notre dernier malade; je ne doute pas que d'autres moyens ne réussissent aussi bien. Le choix de l'appareil peut être laissé sans inconvénient au choix des praticiens; l'essentiel est de poser l'indication à remplir.

Telle est quant à présent l'histoire encore très succincte de la fracture par écrasement du calcanéum, en dehors de toute complication. J'ajoute cette réserve à dessein; car maintenant que nous connaissons la fracture simple, nous sommes fondés à y rallier la fracture compliquée, qui a sans doute été vue de tous les chirurgiens des grands hôpitaux, bien qu'il n'en ait guère été plus parlé que de l'autre. Quand un maçon tombe d'un échafaud élevé, quand un suicide se jette par la fenêtre, en un mot dans toutes les chutes de haut qui se font sur les talons, il y a un écrasement anormal du calcanéum avec déchirure des téguments, et en général avec d'autres fractures du pied, de la jambe et du reste du squelette. C'est une cause d'amputation quand les sujets survivent; c'est le plus souvent une complication d'autres lésions telles que la mort en est la suite plus ou moins rapide, souvent immédiate. Le seul cas de ce genre qui ait été décrit à ma connaissance est dû à M. P. Bérard, et les pièces en sont conservées au musée Dupuytren. J'ai disséqué trois sujets porteurs d'écrasements aussi graves, et entre autres le cadavre d'un vieillard de 67 ans qui, voulant en finir avec la vie, se précipita d'une fenêtre du troisième étage, et réussit parfaitement dans son dessein. Chez mes trois sujets, comme sur celui de M. P. Bérard, la chute avait porté sur les deux pieds, et les avait broyés presque également. En mentionnant ces désordres si graves qu'ils semblent défier toutes les ressources réparatrices, j'ai cependant en vue une remarque qui me paraît d'une très haute importance en thérapeutique. Il peut arriver qu'un individu se brise ainsi un calcanéum, ou même les deux, avec un tel affaissement de la voûte tarsienne qu'on croie l'astragale compromis; cela m'est arrivé chez mon troisième malade, qui heureusement avait les téguments bien intacts. Mais supposez la peau largement déchirée; un chirurgien, convaincu que le calcanéum et l'astragale sont compris dans le même écrasement, ne verra d'autre ressource que l'amputation de la jambe; et ma troisième observation est là pour nous apprendre combien les apparences sur le vivant sont trompeuses, et combien le calcanéum protége les autres os du tarse en absorbant à lui seul tout

l'effort de la chute. Assurément une fracture limitée au calcanéum, si grave et compliquée qu'elle soit, n'est pas une raison suffisante de procéder indistinctement à l'amputation de la jambe ; de là la nécessité d'un diagnostic rigoureux dont j'aurai peut-être posé les premières bases, et c'est par cet avertissement que je voulais finir.

Mémoire sur la Rétroversion de la Matrice dans l'état de grossesse, *par* M. Amussat.

On donne le nom de rétroversion de la matrice à cet état dans lequel le fond de l'organe est placé en arrière et en bas dans la concavité du sacrum, tandis que le col est dirigé en avant et en haut sous la symphyse des pubis; plus le fond s'abaisse vers le coccyx, plus le col se relève; quelquefois l'utérus se courbe ou se plie, et alors on dit qu'il y a rétroflexion. On comprend facilement que si la matrice chargée du produit de la conception reste dans cette disposition vicieuse, au lieu de monter comme un ballon dans l'abdomen, elle restera dans le petit bassin, et se trouvera bientôt emprisonnée dans une cage osseuse qui ne peut s'agrandir pour permettre son développement. Alors l'utérus comprime les organes voisins, sans pouvoir s'élever; des accidents se manifestent, et ils deviennent promptement funestes si on ne remédie pas à cet état fâcheux, comme on peut s'en convaincre par les faits trop nombreux qui ont été publiés.

La rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse est donc un accident des plus graves; heureusement qu'il est assez rare, non pas, comme quelques-uns l'ont cru, que la rétroversion dans l'état de vacuité soit un obstacle invincible à la conception : j'ai vu plusieurs femmes atteintes de cette infirmité devenir enceintes; mais généralement la matrice, en se développant, remonte au-delà du détroit supérieur, et la rétroversion se réduit pour ainsi dire d'elle-même. Je dirai même que les faits que je vais rapporter sont les seuls exemples que j'ai rencontrés, dans une pratique fort étendue de rétroversion dans l'état de grossesse; et la rareté de ces cas suffirait déjà pour donner quelque intérêt à ce mémoire. Mais si l'on considère que les exemples de réduction heureuse sont bien plus rares encore que l'affection même; et que mes recherches sur l'exploration du rectum m'ont conduit à un procédé des plus simples et des plus efficaces à la fois, ainsi que ces deux observations en fourniront la preuve, on jugera sans doute qu'il y a là pour les praticiens toute autre chose qu'un intérêt de pure curiosité.

Observation Ire. — *Rétroversion complète de l'utérus au troisième mois de la grossesse; accidents graves; redressement de l'utérus par le moyen d'un doigt introduit dans le rectum.*

Mme S., âgée de 38 ans, taille de quatre pieds et demi, constitution sèche et maigre, avait eu cinq accouchements heureux. A un sixième accouchement qui eut lieu en août 1834, l'enfant présentait le siége; on en fit la version après sept heures de travail, et Mme S. fut parfaitement rétablie après quinze ou vingt jours de repos. Les règles reparurent trois mois après, et la santé s'est maintenue très bonne jusqu'à l'époque de la maladie actuelle.

Le 17 août 1839, quinze ou vingt jours après les dernières règles, Mme S., sans se croire enceinte, prit la diligence pour se rendre de Paris à Clermont en Auvergne. Là, dans la première semaine de septembre, en revenant de se promener dans les vignes, où elle avait mangé beaucoup de raisin, elle éprouva *presque subitement* une douleur aiguë dans le bas-ventre, suivie d'une diarrhée qui dura trois ou quatre jours, mais sans vomissement ni nausées. Le 1er octobre, elle revint à Paris, en diligence, mais sans trop de fatigue.

Le 27 ou 28 octobre, ayant rapporté de la halle jusque chez elle (Grande-Rue-Verte) un fardeau de vingt-cinq à trente livres, peu après son retour elle éprouva un malaise général, des vomissements réitérés, et un sentiment de pesanteur douloureuse dans les reins. Les vomissements et le malaise ne tardèrent pas à disparaître, mais non le sentiment de pesanteur, qui diminua seulement un peu. Cependant il était resté très supportable, lorsque, vers le 9 ou 10 novembre, Mme S. commença à éprouver un peu de gêne dans l'émission de l'urine et la sensation d'un corps pesant sur le fondement, sensation qui devint de plus en plus pénible, jusqu'au 13 novembre, époque à laquelle la malade se décida à consulter M. Lamouroux, son médecin. Celui-ci soupçonna tout d'abord une grossesse avec imminence d'avortement; toutefois, comme il n'y avait ni fièvre ni contractions utérines, il se borna à prescrire le repos du lit, des cataplasmes sur l'abdomen et des lavements émollients. Le surlendemain, la malade étant inquiète, il se détermina à une exploration minutieuse, à l'aide du toucher, et constata les faits suivants :

1° A l'entrée de la vulve, et le long de la paroi postérieure du vagin, existait un repli longitudinal ayant en épaisseur un peu moins d'un centimètre, en longueur trois centimètres environ, et un peu sinueux ou flexueux;

2° A l'extrémité supérieure de ce repli, c'est-à-dire à trois centimètres de l'entrée de la vulve, se présentait une tumeur arrondie, dure, rénitente, grosse environ comme la petite extrémité d'un œuf d'autruche, mais un peu aplatie d'avant en arrière, et paraissant exister dans la moitié supérieure de la cloison recto-vaginale; car il y avait impossibilité absolue de porter le doigt entre cette cloison et la tumeur;

3° Le doigt porté au-devant de cette tumeur pénétrait aisément dans le vagin (dont la paroi antérieure était très-tendue), mais sans pouvoir rencontrer d'abord la moindre trace du col utérin;

4° A un ou deux centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, on trouvait le col, mais difficile à reconnaître, tant il paraissait aplati et, pour ainsi dire, effacé, ayant son orifice dirigé en avant et surtout en haut, de sorte que sa lèvre antérieure, devenue supérieure et presque postérieure, pouvait à peine être atteinte par le doigt, tandis que l'on touchait aisément sa lèvre postérieure, devenue dans ce cas inférieure et presque antérieure. Il était impossible de pénétrer dans l'orifice;

5° En introduisant le doigt dans le rectum, on constatait que la tumeur, tout en existant dans la cloison recto-vaginale, remplissait le petit bassin, de sorte que ce n'était qu'en longeant le sacrum, et avec peine, qu'on pouvait arriver un peu haut à 10 ou 12 centimètres. Là, le doigt était assez fortement pressé entre le sacrum et la tumeur, qui était évidemment le corps même de l'utérus complétement *rétroversé et rempli par le produit de la conception arrivé à un peu plus de trois mois.*

Quoique l'émission de l'urine fût pénible, elle se faisait cependant encore, et en quantité assez en rapport avec celle des boissons.

La malade se trouvant très fatiguée, on prescrivit un grand bain et le repos jusqu'au lendemain. Ce jour-là et le suivant, M. Lamouroux essaya, mais en vain, de redresser la matrice; il appela à son aide M. le docteur Moynier, qui reconnut la rétroversion, et tenta avec aussi peu de succès d'y remédier; en vain essaya-t-on de porter le doigt par l'anus et par le vagin, en couchant la femme sur le dos, ou en la plaçant sur les coudes et les genoux; rien n'y fit; et après deux jours d'inutiles tentatives, on décida qu'on m'appellerait en consultation.

Je vis donc la malade le 19 novembre, à 9 heures du matin. Il y avait eu dans la nuit une rétention complète d'urine, suivie d'un écoulement par regorgement assez copieux pour faire croire à la malade que la poche des eaux était rompue, et qu'elle allait faire une fausse couche. Elle s'était mise au bain, et s'y tenait de-

puis une heure, lorsque nous arrivâmes. M. Lamouroux me fit part des phénomènes qui avaient eu lieu jusque là, sans me dire toutefois quel diagnostic il avait porté, et m'engagea à examiner la malade dans le bain. Pour satisfaire à son désir, je fus forcé d'ôter mon habit et d'avoir l'avant-bras nu, ce que je note ici comme étant contre mes principes et mes habitudes, parce que ces préparatifs sont effrayants pour les malades. Mme S. se souleva au-dessus de l'eau, et fut soutenue dans cette position par son mari. Un doigt huilé fut introduit dans le vagin ; il pénétra avec quelque difficulté, la cavité vaginale étant fort obstruée. En explorant avec attention, je reconnus en arrière, au milieu du vagin, une tumeur molle, fluctuante, qui faisait saillir fortement la cloison recto-vaginale, et repoussait le doigt contre la symphyse. Le col utérin était situé très haut et fort difficile a atteindre ; à peine si on pouvait le reconnaître.

Un autre examen par le rectum me fit également reconnaître une tumeur molle, fluctuante comme un kyste rempli d'eau, mais complètement distendu; en la repoussant avec mon doigt, je sentis qu'elle se laissait déprimer plutôt que de s'élever, et qu'elle occupait une grande étendue en travers.

Le volume du ventre était assez considérable, arrondi, saillant à l'hypogastre. Je pensai d'abord que ce développement était dû à la distension des intestins ou à une hydropisie de la matrice. Mais en palpant le ventre avec soin, je reconnus une tumeur arrondie, facile à circonscrire jusqu'au-delà du nombril, ayant le volume mais non la consistance de l'utérus à cinq ou six mois de la grossesse. La percussion donnait un son mat, ce qui excluait l'idée d'une tympanite ; mais elle ne rendait pas la même sensation que sur l'utérus dans l'état de grossesse, et je pensai alors à une rétention d'urine. Cette idée s'accordait assez mal avec l'assurance qu'on me donnait que la malade avait rendu chaque jour la quantité ordinaire d'urine ; néanmoins je persistai à recourir au cathétérisme, ne fût-ce que comme moyen d'exploration. J'introduisis la sonde ordinaire sans trop de peine ; elle pénétra à une grande profondeur, et je compris à l'instant que c'était la vessie distendue qui formait particulièrement la tumeur de l'hypogastre.

Une grande quantité d'urine s'écoula, le ventre s'affaissa, et la malade éprouva immédiatement un soulagement très marqué. La quantité d'urine devait être considérable, car je ne pense pas avoir vu durer l'émission aussi longtemps dans aucun cas de rétention d'urine chez l'homme. La malade étant dans le bain, l'urine ne put être recueillie et pesée, comme il aurait été désirable.

Après avoir vidé la vessie, j'explorai de nouveau par le vagin, et je trouvai que mon doigt pénétrait moins difficilement. La tumeur qui soulevait la paroi postérieure du vagin était moins saillante; le kyste était moins bombé en avant; le col de l'utérus était un peu plus distinct, mais toujours très-élevé. Enfin, en touchant par le rectum, je reconnus que la tumeur était un peu plus mobile.

Le diagnostic ne pouvait être un instant douteux pour moi; et, comme l'avai fait M. Lamouroux, je déclarai que nous avions affaire à une rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse. En conséquence, après avoir accordé quelques instants de repos à la malade, nous procédâmes à la réduction.

Les mains fixées sur les côtés de la baignoire, les pieds appuyés sur le rebord de la petite extrémité de la baignoire, un mouchoir sous le siége dont les deux chefs étaient tenus par son mari, la tête soutenue par l'un de nous, telle était la position de la malade. Le doigt indicateur de la main droite étant introduit dans le rectum, je repoussai la tumeur; en cherchant à la soulever, elle se laissait déprimer, ainsi qu'il a été dit, comme une vessie ou un kyste rempli de liquide. Je fus un moment arrêté par la crainte d'une fausse-couche que pouvait amener une pareille pression; mais je me rassurai par cette idée qu'en cas d'insuccès la seule ressource serait de provoquer la fausse-couche ; et, en conséquence, je continuai la manœuvre avec plus de confiance et de hardiesse. Bientôt,

en enfonçant le doigt le long du sacrum, je compris que j'agissais plus efficacement.

Mes recherches sur l'exploration du rectum m'avaient appris qu'on pouvait porter le doigt jusque près de l'angle sacro-vertébral, et atteindre même les grosses artères du fond du bassin, en poussant le coude avec l'autre main, et même avec la hanche correspondante, de manière à déprimer plus fortement le périnée et la marge de l'anus. Par cette manœuvre, et en parcourant la tumeur près du sacrum de droite à gauche et de gauche à droite, je m'aperçus bientôt que j'avançais en besogne; et enfin, en faisant de plus grands efforts d'impulsion, favorisés d'ailleurs par les efforts d'expulsion que j'invitais la malade à faire pour faciliter la descente du col, je sentis que le ballon utérin avait franchi et dépassé le détroit supérieur. Je me hâtai de vérifier, par le vagin, ce que je venais de faire par le rectum, et, à ma grande satisfaction, je ne trouvai plus de tumeur; le col de l'utérus était redescendu presque à sa place. Je le repoussai en arrière pour compléter la réduction, que je fis constater immédiatement par M. Lamouroux.

La malade, essuyée convenablement, fut enlevée avec soin du bain et déposée dans son lit, où elle fut placée en pronation, c'est-à-dire appuyée sur les coudes et les genoux, et soutenue par des oreillers disposés sous les cuisses et la poitrine, de manière à laisser le ventre libre. Le toucher exercé dans cette position me donna l'assurance que l'utérus était bien resté en place. Nous prescrivîmes des sangsues sur le ventre, des cataplasmes et des lavements émollients et légèrement calmants.

La réduction avait procuré à la malade un grand soulagement, et, d'un autre côté, il y avait eu, la nuit suivante, une émisssion libre et sans douleur de l'urine; mais la position forcée que nous lui avions fait garder toute la nuit avait produit, le lendemain matin, un peu d'agitation : les pommettes étaient rouges, la respiration gênée, le pouls, très-petit, donnant 108 à 112 pulsations; la peau sèche; il n'y avait cependant aucune douleur dans le bas-ventre. Elle était dans l'état d'une personne qui vient de supporter une grande fatigue, sans pouvoir suer, et qui rentre dans un calme parfait après quelques minutes de repos. En effet, dès que nous lui eûmes permis de se placer sur le dos avec précaution, en tenant le bassin aussi élevé que possible, il ne fallut pas plus de cinq à six minutes pour faire descendre le pouls à 90 pulsations; la respiration devint libre, la peau perdit sa sécheresse et les pommettes leur rougeur. M. Lamouroux explora la malade et trouva l'utérus à sa place; mais le col, qui paraissait complétement effacé pendant la rétroversion, présentait maintenant un volume presque double qu'à l'état normal, et un peu de rénitence.

On laissa donc la malade sur le dos, en continuant les cataplasmes, les demi-lavements et des injections émollientes. Le lendemain 20 novembre, nous la trouvâmes inquiète; la rétention d'urine avait reparu pendant la nuit; l'exploration fit voir que le col utérin dégonflé était remonté et tendait à se replacer au-dessus des pubis, en comprimant de nouveau la vessie. On pratiqua le cathétérisme qui donna issue à un litre un quart d'urine normale quant à la couleur, à l'odeur et à la transparence; cette émission fut suivie d'un soulagement marqué et du retour du col utérin à sa position normale.

La malade accusait en outre une douleur à l'aine gauche; une application de vingt sangsues la fit disparaître.

Le 21, mieux-être général; cependant il y a encore de la difficulté à rendre l'urine, ce qui m'engagea à sonder, jusqu'à nouvel ordre, deux fois par jour, afin d'éviter une nouvelle ascension du col utérin, et partant le danger d'une nouvelle rétroversion.

Le 22, il n'y avait pas encore eu de selles; et, jusque là, on n'avait osé combattre la constipation que par des lavements émollients et huileux, dans la crainte

que les efforts déterminés par un purgatif ne tendissent à reproduire la maladie. Mais la malade allant de mieux en mieux, et les lavements n'ayant rien produit, on administra 30 grammes d'huile de ricin, qui procura une bonne selle un peu douloureuse, mais sans résultat fâcheux.

Le 23, l'urine était rendue librement et sans douleur; on renonça au cathétérisme. Le 28, la malade se promenait dans sa chambre; quelques jours après elle descendait et remontait trois étages sans trop de fatigue; bref, la rétroversion et la réduction n'avaient laissé aucune trace; la grossesse poursuivit son cours, et Mme S. accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Ici donc semblerait terminée cette observation; mais la malade devait nous offrir un exemple de récidive très-remarquable.

Le 15 septembre 1841, Mme S. eut ses règles comme à l'ordinaire, pour l'époque et la durée; mais, les mois suivants, les règles ne reparurent pas. Dans les premiers jours de décembre 1841, elle vint me trouver, se plaignant d'éprouver de la difficulté à uriner et des douleurs dans le bassin. L'examen auquel je procédai me prouva que cette femme se trouvait presque dans le même état où je l'avais vue deux ans auparavant. La matrice, augmentée de volume, était en rétroversion et déjà enclavée. Seulement, la grossesse, qui ne me parut pas douteuse, était moins avancée que la première fois, la dernière époque des règles ne remontant qu'à deux mois et demi.

Cette fois encore, la matrice fut heureusement remise dans sa position, à l'aide du même procédé; les suites en furent aussi simples, et Mme S. est heureusement accouchée à terme d'un enfant bien portant. Le toucher pratiqué aujourd'hui (25 novembre 1842) nous a permis de constater que la matrice est à sa place; et, du reste, la santé générale est excellente.

Cette observation est riche en conséquences pratiques.

Remarquons d'abord que la cause des accidents que la malade a subitement éprouvés est très évidente: un long voyage en voiture et le poids d'un fardeau pesant qu'elle transportait de la halle chez elle, c'est-à-dire à une distance éloignée, ont été signalés. Mais cette cause pouvait aussi bien donner lieu à une fausse-couche qu'à une rétroversion, et les accidents pouvaient être attribués à l'un ou l'autre de ces deux états; c'est en effet ce qui a eu lieu: la rétention d'urine aurait pu faire soupçonner le dernier de ces accidents, qui se présente rarement dans le premier. Mais l'urine qui s'écoulait par regorgement avait éloigné de l'idée d'un obstacle à son émission, et la malade elle-même avait pensé que le liquide était fourni par la poche amniotique. Ce n'est qu'en examinant avec beaucoup d'attention par le vagin et par le rectum que nous sommes arrivés, autant par voie d'exclusion que par les signes sensibles, à reconnaître, d'une manière évidente, que l'utérus était en rétroversion; et le cathétérisme nous a entièrement convaincus de la justesse de notre diagnostic.

La rétention d'urine existe presque constamment dans les cas de rétroversion. C'est un phénomène physique qui résulte de la pression qu'exerce le col de l'utérus sur le canal de l'urètre. Mais, lorsqu'il existe en même temps une rétroflexion du col, la pression étant moins forte, il n'y a que difficulté et non impossibilité d'uriner. Nous verrons que cet état existait chez la deuxième malade, dont nous donnerons bientôt l'observation. En résumé, ce signe pourrait, en l'absence du toucher, faire soupçonner une rétroversion de l'utérus; mais les explorations deviennent utiles pour formuler un diagnostic certain. Chez notre malade, les accidents ont disparu aussitôt après la réduction; mais dans l'état de vacuité de l'utérus, la rétroversion s'étant reproduite, il est arrivé, à une époque peu avancée d'une nouvelle grossesse, des accidents semblables à ceux auxquels nous avions remédié la première fois. Les signes de ce déplacement, joints aux anté-

cédents, ne nous ont laissé aucun doute, et nous avons procédé à la réduction aussi heureusement, et avant que l'utérus eût acquis un volume capable d'opposer de grands obstacles à son ascension dans le bassin.

Observation IIe — *Rétroversion de l'utérus au troisième mois de la grossesse, avec adhérences au rectum; réduction sans accidents. Observation recueillie par* M. Le Vaillant.

Mme G., âgée de 33 ans, garde-malade, d'une petite stature, bien conformée du reste, avait eu deux grossesses heureuses et deux accouchements naturels, sans que jusque là sa santé eût jamais été altérée. Mais, quinze jours après son dernier accouchement, qui eut lieu il y a quatre ans passés, la curiosité la poussa à aller au convoi de Dupuytren; elle resta pendant deux heures dans la rue, debout et exposée au froid et à l'humididé. En rentrant chez elle, elle éprouva du frisson, puis de la fièvre, des douleurs dans la région hypogastrique, s'étendant dans l'abdomen, enfin tous les symptômes d'une métropéritonite, contre laquelle on employa un traitement antiphlogistique. La guérison ne se fit pas longtemps attendre; mais, depuis cette époque, la malade conserva toujours du côté de l'utérus des douleurs qui, devenant de jour en jour plus vives, la forcèrent à plusieurs reprises d'entrer à l'Hôtel-Dieu. On la traita par divers moyens qu'elle ne peut pas indiquer d'une manière précise; seulement elle se souvient qu'on lui a fait porter un pessaire, et qu'à une autre époque on lui a pratiqué des cautérisations sur le col de l'utérus.

Rien ne put la soulager; elle éprouvait des douleurs et de la pesanteur dans les reins, des difficultés à aller à la garde-robe, et une pesanteur insupportable sur le fondement et dans le vagin lorsqu'elle restait pendant quelque temps debout ou assise. Les envies d'uriner, plus fréquentes que de coutume, étaient souvent satisfaites avec difficulté.

Le 27 juillet 1839, elle vint consulter M. Amussat, qui reconnut une rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité, sans aucune trace d'altération au col, et qui prescrivit l'usage d'une éponge en guise de pessaire pour soulever la matrice.

Elle demeura ensuite cinq mois sans revenir à la consultation; mais enfin les accidents n'ayant fait qu'augmenter, les règles ayant déjà manqué depuis trois mois, désespérée de son état qui l'empêchait de vaquer à ses occupations, elle vint revoir M. Amussat le 20 novembre.

Le toucher par le vagin fait reconnaître une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, située au fond de ce conduit et formée par l'utérus. Cet organe est douloureux, surtout lorsqu'on presse dessus pour le faire remonter dans le bassin. Le col est situé derrière la symphyse pubienne, et il est fortement recourbé. Ses lèvres peu écartées sont molles et son ouverture peu large. L'exploration indique donc une rétroversion de l'utérus; et l'absence des règles depuis trois mois, et le volume de l'organe, ajoutent la presque certitude d'une grossesse.

La sonde droite, introduite dans l'urètre, pénètre difficilement dans la vessie qui contient peu d'urine; et le cathétérisme cause une douleur assez vive.

Attendu la complication d'une grossesse, tout délai cette fois devenait périlleux. Le lendemain fut le jour pris pour la réduction, et j'accompagnai M. Amussat chez la malade, avec M. Camescasse, chirurgien-major de la marine.

La malade couchée sur le bord de son lit, la tête renversée en arrière sur des oreillers, les jambes écartées et les pieds placés sur deux chaises, M. Amussat pratique de nouveau le toucher, et nous permet ensuite, à M. Camescasse et à moi, de reconnaître, par le même moyen, l'état des parties. Cette triple exploration avait un peu fatigué la malade; on la laissa se remettre; après quoi M. Amussat procéda à la réduction de la manière suivante.

Il introduisit dans le rectum le doigt indicateur de la main droite, et, appuyant

son coude contre sa hanche, il pénétra ainsi le plus haut possible vers la symphyse sacro-iliaque. Arrivé là, il fit tous ses efforts pour relever l'utérus; mais fatigué bientôt, et ne s'apercevant d'aucun progrès, il s'arrêta pour rechercher la nature de la cause qui s'opposait au succès de ses manœuvres. A l'aide d'un examen attentif, il sentit distinctement au fond du vagin, à gauche de la tumeur formée par l'utérus, des brides dans lesquelles le doigt s'accrochait. Nous les reconnûmes après lui; et il ne resta aucun doute que ces brides constituaient de fortes adhérences entre l'utérus et le rectum. Cette découverte n'était pas rassurante, car c'était là un obstacle physique qu'il semblait d'abord impossible de vaincre. Cependant, ayant de nouveau examiné attentivement par le toucher s'il y avait à droite, de même qu'à gauche, de ces adhérences, M. Amussat acquit la conviction que l'utérus était libre à droite. Dès lors, débarrassé d'une pénible inquiétude, il pensa que de nouvelles tentatives de réduction, en agissant de manière à faire tourner l'utérus du côté opposé à celui où existaient les adhérences, c'est-à-dire de droite à gauche, offriraient quelques chances de succès. Il se remit donc à l'œuvre, toujours le doigt introduit dans le rectum aussi profondément que possible. Ayant répété plusieurs fois, et très énergiquement, ses tentatives, en remontant l'utérus tout en lui faisant faire un mouvement de torsion, il parvint enfin à remettre l'organe dans sa position naturelle. Le toucher par le vagin et le ballon formé par l'utérus se dessinant au-dessus des pubis ne nous laissèrent aucun doute sur le succès.

Immédiatement après, la malade fut placée dans son lit, couchée sur le ventre, la poitrine appuyée sur un oreiller. Des sangsues furent appliquées le soir sur l'hypogastre, afin de prévenir le développement d'une inflammation imminente à la suite d'une pareille opération. Le soir, le pouls avait de la fréquence, mais il n'y avait pas de sensibilité qui dénotât d'inflammation. Depuis ce temps, la malade est restée couchée tantôt sur le ventre, tantôt sur le côté, lorsque la première de ces positions ne pouvait plus être supportée. Huit ou dix jours après, elle s'est levée, et le 9 décembre elle est venue elle-même à pied chez M. Amussat.

Nous la revîmes quelque temps après; elle éprouvait encore de la gêne et un sentiment de pesanteur vers le rectum, mais les selles étaient régulières et beaucoup moins difficiles. L'émission de l'urine était libre; il y avait des tiraillements douloureux dans les aines, surtout à droite, et dans la partie inférieure de l'hypogastre, tiraillements dus sans doute à la tension des brides anormales accrue par l'élévation progressive de l'utérus. Le col utérin se dirigeait à gauche et plutôt en arrière qu'en avant; ses lèvres étaient molles, assez développées; tout faisait présager une grossesse heureuse.

La grossesse suivit sa marche ordinaire, sans être troublée par le moindre accident; et M^me^ G. accoucha à terme, dans le mois de juin 1840, d'un enfant bien portant.

Après cet accouchement la santé demeura assez bonne, à part la persistance des pesanteurs sur le fondement, des tiraillements dans les aines et quelquefois des coliques. Les règles étaient régulières.

Dans le courant de l'année dernière (1841), M^me^ G. devint pour la quatrième fois enceinte; et, à la suite d'un effort pour soulever un malade paralysé, elle éprouva des douleurs utérines qui durèrent huit jours environ, et qui furent suivies d'une fausse couche. Le fœtus pouvait avoir deux mois d'existence.

Cette fausse couche n'a eu aucuns fâcheux résultats pour la santé générale, mais il reste toujours de la pesanteur sur le fondement, et assez souvent des tiraillements dans les aines. Une exploration récente nous a montré aussi que l'utérus est revenu en état de rétroversion.

Cette observation offre peut-être encore un intérêt supérieur à la précédente.

En méditant sur les antécédents, il ne reste guère de doute que la rétroversion ne doive sa première origine à une métro-péritonite qui a déterminé des adhérences entre l'utérus et le rectum. Lorsque je commençai les manœuvres de réduction, je ne soupçonnais nullement l'obstacle que j'allais rencontrer, et ma confiance était d'autant plus grande qu'il y avait une analogie manifeste entre l'état de Mme G. et celui de ma première malade, chez laquelle j'avais si heureusement obtenu la réduction précisément trois jours auparavant. On a vu dans l'observation de M. Le Vaillant comment je reconnus la nature de l'obstacle, et comment je parvins à le surmonter; mais il importe d'ajouter ici que, bien que je sentisse céder ces brides par le mouvement de rotation que j'imprimais à la matrice, la malade se plaignant de douleurs et de tiraillements sur le rectum, et la réduction s'opérant avec lenteur et difficulté, je ne me dissimulais pas que j'avais à redouter la déchirure des brides et une péritonite.

La réduction étant opérée, je craignais encore que les brides, par leur traction, ne reproduisissent la maladie en attirant le fond de l'utérus dans le bassin. Cette crainte m'a poursuivi chaque fois que j'ai exploré; et l'on a vu qu'elle n'était point vaine, puisqu'à la fin la rétroversion s'est reproduite.

Ce fait me cause beaucoup de satisfaction, parce que dès que j'eus reconnu des adhérences, je désespérais du succès. J'ai trouvé en effet que tous les auteurs qui ont parlé des adhérences regardent cette complication comme un obstacle insurmontable à la réduction. Maintenant je pense que, lors même que les adhérences seraient encore plus fortes que chez Mme G., il ne faudrait pas désespérer; dans un cas pareil je n'hésiterais pas à tenter la réduction, et à plusieurs reprises si je ne pouvais l'obtenir en une seule fois.

Peut-être, au reste, ces brides ne sont-elles pas si rares qu'on pourrait le croire; je possède un dessin de rétroversion de l'utérus chez une femme adulte dans l'état de vacuité; il y avait également des adhérences avec le rectum. J'ai un autre dessin de rétroversion pris sur un nouveau-né, qui prouve que cette déviation peut être congéniale.

Il est à regretter que l'anatomie pathologique des déviations utérines soit si peu avancée; rien ne guide aussi sûrement le praticien que l'image exacte des dispositions anormales qu'il a à combattre. Je conseille du moins aux jeunes chirurgiens de chercher à produire sur le cadavre des rétroversions artificielles; il suffit pour cela de presser avec deux doigts sur le bas-fond de la matrice; si en même temps on porte l'indicateur de l'autre main dans le vagin, on sent que plus on pousse le fond de l'utérus vers le coccyx, et plus le col se redresse et s'élève vers les pubis. On peut même, en pressant à la fois sur le col et sur le fond de l'utérus, déterminer une rétroflexion artificielle.

C'est par des expériences analogues que je me suis convaincu des deux points qui constituent essentiellement mon procédé. Ainsi, sur le cadavre d'une vieille femme ayant un fort prolapsus utérin, la matrice sortant par la vulve, j'ai constaté, en présence de M. Le Vaillant, que le doigt porté aussi haut que possible dans le vagin, ne pouvait atteindre la concavité du sacrum (il est bon de noter que le doigt pénètre plus avant lorsqu'on embrasse la symphyse avec le pouce en avant et l'index dans le vagin). Mais toujours, par le rectum, on touchait beaucoup plus haut, et on arrivait très près de l'angle sacro-vertébral, en poussant fortement le coude avec la hanche.

Sur une autre vieille femme dont le bassin était moins grand, nous avons obtenu le même résultat, ainsi que sur beaucoup d'autres cadavres de femmes de différents âges.

Du reste, ce qui prouve encore que par le vagin on ne peut explorer ni agir aussi bien et aussi haut, c'est qu'il est presque impossible de distinguer par ce canal les tumeurs situées profondément dans le bassin, tandis qu'il est assez facile de les reconnaître par le rectum.

En résumé, le procédé pour la réduction de l'utérus dans l'état de grossesse consiste, après avoir situé la femme comme pour l'opération de la taille, à introduire un ou deux doigts dans le rectum, et à repousser doucement le ballon utérin, en longeant la concavité du sacrum, directement en haut d'abord, puis de *droite à gauche* et de *gauche à droite*, *pour relever toute la surface de l'utérus.* Si le doigt ou les deux doigts introduits dans le rectum n'atteignaient pas assez haut, on introduirait le pouce dans le vagin pour soulever le périnée, afin de pénétrer à une plus grande hauteur. Enfin, pour arriver plus haut encore, il reste la ressource de se faire pousser le coude par un aide, ou de le soutenir soi-même avec la hanche et le corps.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

Discussion sur la ténotomie. — L'événement chirurgical de ces derniers temps est la discussion soulevée à l'Académie royale sur la section des tendons des fléchisseurs des doigts. Discussion longue et ardue, qui a déjà occupé dix séances et fourni une quinzaine de discours à remplir soixante colonnes du Moniteur ; qui, née à propos d'une question fort restreinte, en a agité une foule d'autres : questions générales, questions spéciales, questions de principes, questions d'application, questions de priorité, enfin questions toutes personnelles ; en sorte que, sans compter le talent des orateurs qui y ont pris part, rien ne lui a manqué pour surexciter l'attention : intérêt pratique, intérêt dramatique, ni même l'attrait un peu équivoque du scandale.

Nous n'avons à nous préoccuper ici que de la question pratique, qui est déjà bien assez obscure et difficile à traiter ; et nous ferons en sorte d'écarter de cet article tout ce qui ne s'y rattache pas de très près. Peut-être cependant, afin de faire mieux comprendre à nos lecteurs la nature et la portée de ce débat, ne sera-t-il pas inutile d'expliquer la position respective des deux principaux interlocuteurs.

M. Bouvier et M. Guérin sont, comme tout le monde sait, à la tête des deux établissements orthopédiques les plus célèbres de la capitale. Le potier, dit-on, est jaloux du potier ; il n'y a rien de bien étonnant qu'une certaine rivalité ait pu s'élever entre deux orthopédistes. Du moins faut-il reconnaître que cette rivalité a toujours été digne, grave, et ne s'est révélée au public que sous un aspect purement scientifique ; et là même les deux compétiteurs se sont montrés doués de facultés si différentes, que cette diversité eût suffi seule à rendre la lutte inévitable. Lorsque M. Guérin, génie ardent, aventureux, mais d'une incontestable puissance, eut mis le pied pour la première fois sur le terrain orthopédique, il le trouva bien maigre, bien obstrué de ronces et de broussailles ; sans balancer, il se mit hardiment à l'œuvre, défrichant, cultivant, agrandissant son nouveau domaine qu'il eut bientôt peuplé de grandes et belles théories, d'où il faisait découler toutes sortes d'applications. M. Bouvier, esprit plus froid, plus prudent, plus positif, était alors occupé depuis longues années déjà à un travail d'une autre nature; rassemblant laborieusement les faits, multipliant sur chaque question les recherches et les expériences, ne concluant autant que possible qu'à coup sûr, et n'allant ainsi ni si haut ni si vite. Il se trouva subitement réveillé par le bruit que faisait son voisin, qui lui taillait vraiment de bien autre besogne. En effet, les doctrines générales de M. Guérin remuaient l'orthopédie de fond en comble, donnant aux questions déjà étudiées une face imprévue, en suscitant de toutes nouvelles, et de plus se succédant avec une telle rapidité qu'il en résultait d'abord une sorte d'éblouissement. Il fallut tout revoir, tout soumettre à un sévère examen ; c'est la tâche que M. Bouvier a poursuivie avec persévérance, et plus d'une fois avec succès.

Il y a donc un contraste presque absolu entre les deux antagonistes. L'un est avant tout l'homme des doctrines, l'autre avant tout est l'homme des faits ; l'un dogmatise toujours, l'autre vérifie sans relâche ; celui-ci regarde les choses de bas en haut, celui-là de haut en bas ; il leur est presque impossible de les voir de même. Nous ne nous écarterions pas probablement beaucoup de la vérité en soupçonnant que M. Bouvier prise assez peu les hautes théories de M. Guérin, lequel de son côté ne tient pas grand compte des faits de détail et des expériences de son adversaire. Pour nous, et nous croyons en ceci représenter assez bien l'opinion générale, nous professons une très haute estime pour l'un et l'autre talent ; nous croyons qu'ils se complètent l'un l'autre, et que de leur réunion, ou pour mieux dire de leur lutte, la science retirera des bénéfices que

chacun d'eux isolément serait impuissant à lui donner.

De là le puissant intérêt qui s'attache à leurs débats ; et ici cet intérêt s'augmentait encore d'une circonstance particulière. Pendant longtemps M. Bouvier, arrivé le premier à l'Académie, y avait fait ses démonstrations sans contradicteur ; et, d'un autre côté, M. Guérin, n'ayant pas voix à l'Académie, triomphait dans son journal, d'où M. Bouvier était exclu à son tour. Quand tous les deux se trouvèrent enfin assis sur les mêmes bancs et purent se regarder face à face, on prévit bien que la guerre ne tarderait pas à s'engager; et en effet, sur une note lue par M. Bouvier, et où le nom de M. Guérin n'était pas même prononcé, celui-ci a soudain relevé le gant, et s'est lancé à la tribune pour défendre avec la question scientifique la question personnelle.

Que disait donc, en somme, la note de M. Bouvier? Elle débutait comme il suit :

« La question de la réunion des tendons divisés a acquis une grande importance depuis l'extension toute moderne de la ténotomie. En raison des différences que présentent les tendons, soit dans leurs rapports extérieurs, soit dans leur structure intime, on peut se demander, à chaque nouvelle section tendineuse, si les bouts du tendon se réuniront ; s'il continuera de glisser par l'action du muscle, de manière à conserver sa fonction, qui est de transmettre cette action à l'os? La solution de ces questions fournit une des bases sur lesquelles reposent les indications de la ténotomie. Il est évident, par exemple, que si le muscle ne devait plus mouvoir l'os par défaut de réunion ou de glissement du tendon, il faudrait, pour poser l'indication curative, balancer cet inconvénient avec ceux de la difformité ou de ses autres moyens de traitement ; et on devrait, dans certains cas, s'abstenir de l'opération, lui préférer un traitement purement mécanique, ou même laisser subsister la difformité, plutôt que de lui substituer une situation à certains égards plus fâcheuse. »

Tout cela est parfaitement juste ; voyons maintenant ce que révèlent les expériences touchant la section des tendons de la main et du pied.

Première expérience. Section sous-cutanée, sur un chien, des tendons des muscles radial antérieur, cubital interne, et fléchisseur superficiel des doigts, à la partie inférieure de l'avant-bras. Sept semaines après, on trouve, à la dissection, ces tendons réunis par une substance intermédiaire solide, de deux à trois centimètres de longueur ; cette substance formait une seule masse pour les trois muscles, dont l'action isolée était par-là devenue impossible.

Deuxième expérience. Section des mêmes muscles, plus du fléchisseur profond ; dissection deux mois après. La substance intermédiaire est commune aux quatre muscles, et adhère en outre au cubitus ; en sorte que non seulement l'action isolée est perdue, mais que l'action simultanée est même détruite par l'adhérence des tendons au cubitus.

Troisième expérience. Section des tendons fléchisseurs profonds des deuxième et quatrième doigts, vis-à-vis la deuxième phalange, au-delà de l'insertion des languettes du fléchisseur superficiel. Autopsie deux mois après ; au deuxième doigt, nulle trace de réunion ; les bouts du tendon sont restés isolés et libres dans leur gaîne. Au quatrième doigt, même isolement pour le bout supérieur ; mais l'inférieur a contracté des adhérences avec l'extrémité du fléchisseur superficiel à son attache à la deuxième phalange. Dans les deux cas, action perdue.

Quatrième expérience. Section des tendons fléchisseurs superficiels et profonds sur le métacarpe ; il y a eu réunion, mais avec adhérence des cicatrices tendineuses entre elles et avec les os, de manière que les muscles divisés avaient *à peu près* perdu leurs fonctions.

« En serait-il de même, ajoute M. Bouvier, si l'on divisait dans le même lieu un seul des deux tendons fléchisseurs superposés ? Leur étroite connexion doit au moins faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon resté intact ; c'est aussi ce que j'ai observé sur un cheval, auquel M. Bouley avait coupé le tendon perforant en ménageant le perforé. »

Dans toutes ces expériences, comme on le voit, l'action des tendons coupés a toujours été perdue, ou *à peu près*. Mais peut-on en conclure directement à l'homme? — Oui, et *sans restriction*, dit M. Bouvier, en ce qui regarde la section du fléchisseur profond, soit à l'avant-bras, soit dans la paume de la main, soit au niveau des phalanges ; oui encore pour le fléchisseur superficiel dans la paume de la main. Pour le fléchisseur superficiel pris au-dessus du poignet, avec certaines précautions on pourrait espérer une réunion isolée, par exemple en coupant ses tendons à des hauteurs différentes le long de l'avant-bras ; mais la section limitée à ces tendons serait inefficace.

Les conséquences pratiques diffèrent cependant pour la main et pour le pied. Dans l'un et dans l'autre cas, les mouvements sont perdus ; la ténotomie permet seulement de rendre aux doigts et aux orteils une meilleure direction. On comprend qu'aux orteils la perte du mouvement est peu de chose, tandis que la flexion permanente d'un orteil est une infirmité véritable que la section du tendon peut corriger. M. Bouvier a fait plusieurs fois cette petite opération, et affirme en avoir toujours retiré un succès des plus satisfaisants,

malgré l'extension permanente qu'elle entraîne dans les dernières phalanges. A la main, au contraire, le moindre mouvement est précieux; l'impossibilité de fléchir les phalanges rendrait la main à peu près inutile; la ténotomie nous offre donc à perdre plutôt qu'à gagner. Le cas unique, exceptionnel, où elle pourrait être indiquée, serait celui d'une rétraction extrême, rebelle aux moyens mécaniques, qui, en repliant la main vers l'avant-bras et enfonçant les doigts dans la paume de la main, donnerait lieu à une difformité très incommode et à une impuissance complète des doigts; alors la ténotomie, sans remédier à l'impuissance, corrigerait au moins la difformité.

Ainsi qu'on le voit, la question nettement posée, délimitée par M. Bouvier lui-même, se restreint aux tendons des fléchisseurs des doigts ou des orteils; et nous ne voulons pas en aborder d'autres. Or, premier point, les expériences de M. Bouvier sont-elles assez nombreuses, assez variées, assez rigoureusement faites pour décider la question? Nous pensons qu'il n'oserait lui-même répondre affirmativement; et, par exemple, puisque dans les deux seuls essais qu'il ait faits à l'avant-bras, dans un cas il a vu les cicatrices adhérentes à l'os, et dans l'autre les cicatrices adhérentes entre elles, mais isolées de tous les autres organes; comment n'a-t-il pas cherché à se rendre compte de deux résultats aussi différents? Et puisqu'une fois il a réussi à avoir une cicatrice en masse, il est vrai, mais isolée des autres organes, qui sait si avec un peu plus de précaution il n'aurait pas eu des cicatrices isolées pour chaque tendon? De même pour la section du tendon, au niveau de la deuxième phalange. Quoi! une expérience vous donne un résultat, la seconde en donne un autre tout différent, et vous n'en tentez pas une troisième? Que dirai-je de l'unique expérience faite sur les deux fléchisseurs ensemble au niveau du métacarpe, qui laissait tout entière la question de savoir si la section limitée à un seul n'aurait pas un meilleur succès et n'autoriserait pas à faire les deux sections à des époques différentes?

Cette objection a été à peine touchée dans la discussion; mais M. Guérin en a fait habilement valoir deux autres. D'une part, un tendon sain ne se présente pas au couteau comme un tendon rétracté; celui-ci peut être soulevé par l'extension de la main, dégagé, isolé des plans profonds; et sur l'homme on peut encore augmenter cette tension, cet isolement, en invitant le malade à contracter volontairement chaque muscle à diviser. La section de chaque tendon est donc beaucoup plus facile; elle se fait en pressant plutôt qu'en sciant, à travers une petite ouverture de la gaîne, en intéressant cette gaîne le moins possible, et en se mettant ainsi dans les meilleures conditions pour éviter les adhérences du tendon aux parties voisines. Sur le chien, on n'a pas ces avantages; il faut presser, scier, diviser à la fois les tendons, les gaînes, le tissu cellulaire et jusqu'au périoste; ce qui explique à merveille la réunion en une cicatrice commune. D'une autre part, M. Bouvier n'a pas même pris une précaution essentielle pour empêcher l'adhérence d'une cicatrice tendineuse à l'autre; précaution qui consiste à diviser chaque tendon à part et à des hauteurs différentes. En un mot, les conditions du chien et de l'homme ne sont pas semblables; et en écartant même cette objection capitale, les expériences faites avec des procédés vicieux ne sauraient prouver contre les résultats obtenus par des procédés mieux raisonnés.

Toute cette partie de l'argumentation de M. Guérin a été victorieuse, et le débat à peine ouvert aurait pu se terminer là; mais l'orateur, non content de son premier triomphe, en a voulu obtenir un autre; et la question s'est trouvée à l'instant portée sur un autre terrain. Car les expériences de M. Bouvier ainsi mises hors de cause, l'utilité de la ténotomie appliquée aux tendons fléchisseurs des doigts restait encore en doute; M. Guérin a cru pouvoir la démontrer. Il a donc apporté ses propres observations, qu'il a résumées de cette manière :

« 1° J'ai divisé au poignet neuf fois le grand palmaire, cinq fois le petit palmaire, huit fois le cubital antérieur; et, dans chacune de ces sections, j'ai obtenu la réunion distincte des bouts divisés, avec conservation du mouvement, et sans adhérences capables d'entraver ce dernier.

« 2° J'ai divisé trois fois le fléchisseur propre du pouce, deux fois j'ai réussi complètement; une fois il n'y a pas eu de réunion, probablement par rupture de la cicatrice, et la perte du mouvement s'en est suivie.

« 3° J'ai divisé deux fois le fléchisseur superficiel des doigts au poignet : réunion sans adhérences vicieuses et conservation du mouvement distinct de chaque tendon. »

Voilà pour ce qui regarde les sections faites au niveau du poignet; quant aux sections dans la paume de la main :

« 4° Sur seize sections de tendons du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, treize fois la division a eu lieu sans intéresser le profond, et la réunion s'est opérée sans adhérences vicieuses et avec conservation du mouvement. Trois fois la section a compris involontairement le tendon profond; des adhérences vicieuses ont aboli presque complètement le mouvement de la phalangette correspondante; mais les autres mouvements des doigts ont été conservés, quoique bornés. »

Et enfin, pour les sections au niveau des phalanges :

« 5° Trois fois j'ai fait la section du long fléchisseur du pouce au niveau de la première phalange ; deux fois avec un succès complet ; l'autre fois la réunion n'a pas eu lieu.

« 6° J'ai fait quatre sections des tendons superficiels au niveau de la première phalange ; deux fois la réunion s'est opérée, mais avec des adhérences telles que le mouvement n'est plus que rudimentaire ; les deux autres fois la réunion n'a pas eu lieu.

« 7° J'ai fait onze sections des tendons du fléchisseur profond au niveau des phalangines ; six fois la réunion s'est opérée, dont quatre fois avec conservation d'un mouvement presque normal, et deux fois avec conservation d'un mouvement limité ; cinq fois la réunion ne s'est pas opérée, et le mouvement a été complètement aboli. »

Ces résultats sont en somme assez satisfaisants. Cependant, comme d'autres chirurgiens n'ont pu obtenir en aucun cas la réunion des tendons ainsi divisés, il fallait donc que le nouvel opérateur s'y fût pris d'une autre manière. Or voici, en effet, comment lui-même explique ses procédés :

« Si j'ai affaire à la rétraction du fléchisseur superficiel seulement, je mets le profond dans le relâchement par la flexion des troisièmes et des deuxièmes phalanges. S'il y a rétraction simultanée du superficiel et du profond, je commence par faire la section des tendons profonds au niveau des phalangines. Dans l'un et dans l'autre cas, je place ainsi les tendons fléchisseurs profonds dans le relâchement, du moins relativement aux fléchisseurs superficiels. J'accrois la tension et le soulèvement de ces derniers au moyen de la contraction volontaire du muscle. Je les divise alors des parties superficielles aux parties profondes, en pressant plus qu'en sciant ; mon instrument s'arrête aussitôt que le premier obstacle est vaincu, ou bien son action s'émousse contre les tendons profonds qui sont relâchés au milieu des parties molles environnantes. »

Ces conditions pourraient bien avoir besoin de quelques éclaircissements. En fléchissant non-seulement la phalangette, mais encore la phalangine, on relâche tout autant le fléchisseur superficiel que le profond ; ce qui va contre le but qu'on se propose. Alléguera-t-on que la contraction volontaire réparera cet inconvénient en tendant le tendon à couper ? Mais il n'est pas si facile, surtout chez des enfants, de faire contracter volontairement au malade le fléchisseur superficiel en laissant relâché le fléchisseur profond ; et M. Guérin aurait dû au moins indiquer le moyen de surmonter cette petite difficulté. Quoi qu'il en soit, il reste, après la section faite, une autre précaution plus importante encore, pour empêcher l'isolement des deux bouts du tendon ; M. Guérin la formule de cette manière :

« Maintenir, pendant quelque temps après l'opération, les deux bouts divisés assez rapprochés pour permettre l'affrontement de la matière versée par chacun d'eux. » A la main, par exemple, M. Guérin maintient d'abord les doigts fléchis, et *surtout* il invite l'opéré à s'abstenir de toute contraction musculaire qui aurait pour résultat de provoquer le retrait du bout tendineux correspondant à la partie contractée du muscle.—Ce *surtout* nous a quelque peu étonné, nous en faisons l'aveu. M. Guérin, qui a tant et si bien étudié les sections musculaires, en est-il à savoir qu'un muscle, une fois rétracté après sa section, est incapable d'une contraction volontaire ? Nous avons, sur des animaux vivants, piqué, tailladé, brûlé des muscles ainsi rétractés ; et nous pouvons affirmer qu'il est impossible d'y déterminer rien qui ressemble à la contraction. Le malade peut donc se passer de toute recommandation à cet égard.

Après cet exposé de doctrines et de résultats, que restait-il à répondre ? M. Bouvier a contesté la réalité des faits ; notre collègue, a-t-il dit, n'en apporte aucune preuve. Et pour raison de son doute, il a exposé la série des insuccès des autres opérateurs. Or, cette argumentation était par avance battue en brèche par M. Guérin ; mais, de plus, il faut bien le dire, les faits mêmes rappelés par M. Bouvier ne prouvaient pas tous en sa faveur.

1° Stromeyer coupe le tendon du long fléchisseur du pouce et les tendons du sublime et du profond à l'index et au petit doigt, le tout au niveau des premières phalanges. Résultat : quinze jours après ces opérations, le malade reprit l'exercice de sa profession de boucher, qu'il avait été obligé d'abandonner.

2° Section, par le même, des tendons fléchisseurs *sur chaque doigt* séparément. Résultat : les deux fléchisseurs contractèrent des adhérences entre eux dans le creux de la main, et les fonctions des doigts restèrent, à cause de cela, *imparfaites*. Cependant le malade pouvait fermer la main en partie, de manière à retenir des corps un peu volumineux.

3° Deux autres opérés de Stromeyer ont été vus par M. Doubowitzki ; l'action des fléchisseurs était perdue.

4° M. Dieffenbach déclare qu'il a redressé par la ténotomie un grand nombre de flexions permanentes des doigts. — « Et je n'ai pas seulement, ajoute-t-il, ramené les doigts à la rectitude, c'eût été un état pire ; j'en ai fait des membres parfaitement flexibles et utiles. » Il cite plus bas deux sujets sur lesquels il a coupé les fléchisseurs des doigts ; la contraction qui existait fut diminuée de moitié, et il s'établit une faible action de la main qui put saisir et tenir de plus gros objets.

5° M. Phillips a coupé les tendons des deux fléchisseurs communs et du fléchisseur du pouce, soit dans la paume de la main, soit au niveau de la deuxième phalange. La flexion des deuxièmes et troisièmes phalanges n'était pas rétablie cinq semaines après l'opération.

6° M. Bonnet a coupé les tendons au niveau des phalanges ; perte absolue des mouvements de flexion.

7° M. H. Larrey a coupé les huit tendons dans la paume de la main ; les doigts ne conservèrent que le mouvement de la première phalange.

8° M. Berendt a coupé le fléchisseur superficiel de l'index au niveau des phalanges ; il se borne à dire que la main avait gagné notablement en utilité.

9° M. Koch a coupé les fléchisseurs à leur tiers inférieur (*sic*) ; il dit qu'au bout de trois mois la main avait recouvré tout son usage, sa mobilité, sa force, etc.

10° Enfin M. Lesser, après avoir coupé les tendons fléchisseurs et avoir vu quelque temps les doigts redressés et sans mouvement, les a vus se rétracter de nouveau au même degré qu'auparavant.

M. Bouvier concluait de cette énumération que tous les faits *assez connus pour être rigoureusement appréciés* étaient en faveur de son opinion, et, ne voyant d'ailleurs, dans les procédés revendiqués par M. Guérin, que les procédés de tout le monde (ce qui n'est pas démontré) demandait *un seul fait* établi sur des preuves irrécusables. M. Guérin en a produit deux, et il y avait donc lieu d'espérer que la question serait éclaircie, et M. Bouvier satisfait. Malheureusement ces deux faits ont été si singulièrement présentés qu'aujourd'hui encore, après quatre examens successifs, nous n'oserions répondre de leur valeur exacte. Voici comment les choses se sont passées.

Donc M. Guérin fait apparaître ses deux malades, d'une façon tout inopinée, au milieu d'une séance, au milieu de son discours, invitant tout le monde à vérifier deux succès à peu de chose près complets. M. Gerdy se précipite, suppute vingt-quatre mouvements qui manquent à la main d'une des malades, et pendant qu'il fait ses calculs, l'autre lui échappe. M. Bouvier regarde l'une, regarde l'autre, prend des notes en courant, élève déjà des doutes sur les prétendus succès, et demande une commission pour les vérifier. M. Guérin, ferme à la tribune, refuse la commission, déclare que les faits *peuvent être constatés et appréciés immédiatement par tout le monde, et qu'il laisse à de plus difficiles le soin d'épiloguer sur la plus ou moins grande perfection et délicatesse des mouvements*. Puis, quand plus tard ses adversaires contestent les résultats annoncés, il leur reproche d'avoir mal examiné ; ce qui était vrai, car ils avaient eu trop peu de temps pour bien faire. La position de M. Guérin paraissait ainsi inattaquable aux uns, fort équivoque aux autres ; M. Bouvier prend un parti désespéré ; il court après les deux malades, les retrouve, les examine à loisir, et rapporte à l'Académie des conclusions toutes différentes de celles de M. Guérin. Manche à manche. M. Guérin, poussé à bout, invite cinq académiciens, tous hommes de science et d'une loyauté inattaquable, leur soumet ses deux malades, en obtient un certificat bien et dûment signé ; et ce certificat, chose curieuse, nous montre les deux faits d'une quatrième manière, qui n'est ni celle de M. Gerdy, ni celle de M. Bouvier, ni même celle de M. Guérin.

Mais alors à quoi pensait donc M. Guérin, de nous dire que tout le monde était en état d'apprécier les faits immédiatement, et qu'il laissait le soin d'épiloguer à de plus difficiles ? Il faut de toute nécessité ou qu'il ait mal vu lui-même ses propres faits, ou que ce soit la commission qui les ait mal appréciés ; et alors véritablement il n'était pas fondé à dire qu'ils étaient si faciles à constater pour tout le monde. Nous nous en tiendrons, pour l'examen de ces deux observations, aux dires de la commission, comme plus probables que les autres ; leur certitude est une autre question que nous aborderons plus loin.

La première malade, Clémentine Mouchy, était une enfant de 9 ans, affectée de flexion permanente des doigts et du pouce de la main droite, avec paralysie des autres muscles du pouce. M. Guérin coupa les quatres tendons du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, et le fléchisseur du pouce au-devant de la première phalange ; l'indocilité de la malade fut cause que pour l'indicateur, le tendon du fléchisseur profond fut coupé en même temps que celui du superficiel. Or, en vertu de cette circonstance, M. Guérin accordait que la phalangette de l'index avait perdu son mouvement ; mais il affirmait que le succès avait été *rigoureusement complet* pour les autres doigts et le pouce. Là-dessus grande bataille, et l'on va voir que le sujet en valait la peine. M. Gerdy, examinant la malade pour ainsi dire au vol, n'a pas trouvé à beaucoup près le succès aussi complet que le disait M. Guérin ; M. Bouvier a confirmé en gros le dire de M. Gerdy, et la commission des cinq n'a pas changé grand'chose aux dires de M. Bouvier. Au total, et M. Bouvier et la commission ont reconnu que la phalangette du pouce avait conservé son mouvement de flexion. Voilà un premier point assuré ; et la section du long fléchisseur du pouce au-devant de la phalange a donc été suivie d'un plein succès.

Pour les quatre autres doigts, il y a plus de mécompte. La jeune fille n'a pas tout-à-fait

perdu le mouvement de la phalangette de l'index, mais elle a un peu perdu du mouvement des phalangettes de l'annulaire et de l'auriculaire. Or ceci est digne de toute notre attention. Car enfin, en coupant le fléchisseur sublime, on ne voit pas trop pourquoi les mouvements ne seraient pas conservés par le fléchisseur profond qui parcourt les trois phalanges. Il est à présumer peut-être que si ce dernier muscle eût conservé toute son action, les mouvements eussent été intégralement conservés; et ce sont les mouvements auxquels il préside exclusivement qui ont le plus perdu. Nous arrivons donc à ce résultat : la conservation des mouvements des premières et deuxièmes phalanges ne prouve nullement la réunion des tendons du fléchisseur sublime; et la diminution des mouvements de la phalangette prouve au contraire que la section du fléchisseur sublime a entravé l'action du fléchisseur profond. En résumé, il y a là un succès brillant pour le pouce; pour les autres doigts, un résultat inattendu qui ne prouve point du tout ce qu'avançait M. Guérin, qui prouve bien moins encore ce que prétendait M. Bouvier, mais qui établit pour les praticiens cette conséquence fort importante, qu'en cas de rétraction rebelle, on peut couper le fléchisseur sublime dans la paume de la main, sans trop de dommage pour les mouvements des phalanges.

L'autre malade, Clémence Delamain, âgée de 14 ans, à la suite d'une fracture de l'avant-bras mal traitée, avait gardé une flexion permanente de la main, de tous les doigts, et du pouce à un très haut degré. La troisième phalange de l'indicateur manquait, ayant été détruite par la gangrène. Section du cubital antérieur au poignet; nous n'y reviendrons pas. Section du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges, du fléchisseur sublime dans la paume de la main, et du long fléchisseur du pouce au-devant de la première phalange. M. Guérin annonçait ici tous les mouvements très bien conservés, à l'exception du mouvement des phalangettes, resté *un peu plus difficile*, et de celui des deux phalanges de l'indicateur, dont les deux tendons avaient été inopinément divisés au même niveau. La commission a trouvé au contraire encore un peu de mouvement aux deux phalanges de l'index; la flexion de la phalangette du pouce *très bornée;* de la phalangette du médius, *difficile et bornée;* de la phalangette de l'annulaire, arrivant presque au degré normal; et enfin au petit doigt, non-seulement la flexion de la phalangette, mais celle de la phalangine, *très obscure et très bornée.*

Que conclure de ce deuxième fait? D'abord la section du long fléchisseur du pouce et la section du fléchisseur profond des autres doigts a évidemment manqué son but, excepté peut-être pour l'annulaire, et les flexions obscures des phalangettes pourraient tout aussi bien tenir à des adhérences du tendon coupé avec sa gaîne qu'à la réunion fort douteuse des deux bouts du tendon. Il n'est pas mieux prouvé que les tendons du fléchisseur sublime se soient réunis dans la paume de la main, les adhérences possibles du tendon du profond à sa gaîne devant conserver les mouvements de la phalangine. Le succès total est moindre ici que dans l'autre cas, et il n'en résulte de bien positif que ceci, savoir : le peu de péril de la section du fléchisseur superficiel dans la paume de la main.

Nous insistons sur ce fait, car, à notre avis, il est d'une importance capitale pour la pratique; et si c'était le fruit unique qu'eût porté cette discussion, nous trouverions encore qu'elle a été utilement employée. Mais il y en a un autre qui ne doit pas non plus rester perdu; c'est la possibilité de réunir le tendon du long fléchisseur du pouce. La réunion a échoué dans le deuxième cas; cela prouve seulement que les conditions en sont encore inconnues; mais il ne s'agit que de les chercher.

A la vérité, M. Bouvier a vu les faits un peu autrement que la commission; mais ses divergences laissent ces deux points entièrement hors de doute. Et ici qu'il nous soit permis de regretter vivement que M. Guérin n'ait pas accepté la commission officielle qu'on lui demandait, qui aurait soumis les faits à une vérification contradictoire, qui eût rendu leur authenticité plus claire que le soleil. Il n'y aurait rien perdu; car les faits restent toujours ce qu'ils sont, et il n'est donné à personne d'en changer la signification réelle; il y aurait gagné, ne fût-ce qu'en levant les doutes qui restent encore au fond de beaucoup d'esprits. Car nous adoptons de préférence, pour notre compte, les décisions de la commission officieuse; mais nous ne saurions que répondre à M. Bouvier, retranché dans son propre témoignage. Et puis la commission a-t-elle tout vu? Nous cherchons vainement dans son rapport, par exemple, si tous les doigts jouissent d'une égale flexion quand les sujets les fléchissent ensemble ou séparément; et nous pourrions signaler plus d'une autre lacune. M. Gerdy, à notre avis, a posé la véritable règle scientifique pour la vérification des faits contestés; il faut les soumettre à une commission où soient représentées toutes les opinions dissidentes.

Nous avons fait tous nos efforts pour dégager ce débat de toutes les questions irritantes dont il s'est compliqué; et si nous n'y sommes pas parvenu, c'est assurément la faute du sujet plutôt que celle de notre vouloir. Il nous faut seulement reconnaître en finissant une énorme injustice que nous avons faite de propos prémédité à M. Gerdy et à M. Velpeau, en les

laissant tellement dans l'ombre; mais ils se sont surtout attachés à la discussion des questions générales, qu'il ne nous paraît pas opportun d'aborder quant à présent.

De la mortalité après les opérations *dans les hôpitaux de Paris.*

Lorsque nous publiâmes nos *Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris,* il y eut parmi les chirurgiens un étonnement à peu près général, accompagné de quelques murmures. On fut frappé de cette large part faite à la mort, en dépit des consolantes illusions que l'on trouvait dans tous les livres de médecine opératoire. Puis on demanda si ces recherches avaient vraiment quelque utilité; s'il n'était pas dangereux de révéler ainsi, de traduire au grand jour cette plaie de notre chirurgie; et enfin on chercha à élever des doutes sur la valeur même des documents. Nous dirons d'abord, sur ce dernier point, que jamais ces doutes ne se sont produits publiquement dans une discussion sérieuse; au premier mort qu'on eût nié, nous nous faisions fort de rapporter l'extrait mortuaire. Quant à l'utilité pratique, il n'a pas été difficile de faire voir combien la connaissance de ces résultats importait au pronostic, et combien elle devait influer sur la détermination du praticien. Restait le péril d'une telle vérification; et l'on affectait des craintes pour la responsabilité des chirurgiens : objection peu réfléchie et tout-à-fait indigne de la science; d'ailleurs la responsabilité des chirurgiens ne sera jamais mieux à couvert que quand il sera bien établi que la proportion de leurs revers, si redoutable qu'elle soit, tient à la gravité des opérations plus encore qu'au choix de l'opérateur; et si celui-ci, mieux averti que par le passé, croit devoir recourir au couteau avec plus de réserve, l'art et les malades n'auront qu'à y gagner.

Nos calculs étaient fondés, pour les amputations seulement, sur une masse de 852 opérations pratiquées de 1836 à 1841, et dont le Conseil des hôpitaux s'était fait rendre compte. Il paraît décidé qu'à partir de l'année prochaine, le Conseil rendra publics les résultats de toutes les opérations pratiquées dans tous les services; unique et sûr moyen d'apprécier le degré de salubrité de certains hôpitaux et de certaines salles. En attendant, voici deux de nos chirurgiens les plus renommés, deux professeurs de clinique de la Faculté, qui font publier les résultats qu'ils ont obtenus dans l'année qui vient de s'écouler, noble et utile exemple qui aura sans doute des imitateurs. MM. Maunoury et Thore, internes de l'Hôtel-Dieu, ont donné dans la *Gazette médicale* un très bon résumé statistique de la clinique de M. Roux en 1841; M. Velpeau lui-même en a fait autant pour sa propre clinique durant l'année classique 1841-42 (*Gazette des hôpitaux*); et il y aura quelque intérêt à rapprocher ces résultats nouveaux de ceux que nous avions trouvés pour les années précédentes.

1° *Du trépan.* — Le trépan a été pratiqué deux fois par M. Roux; les deux opérés sont morts. Dans les cinq années de 1836 à 1841, nous avions vu le trépan pratiqué 13 fois dans les hôpitaux de Paris, et les 13 malades succomber; nous voici maintenant à 15 morts sur 15. C'est là un des cas où la statistique doit achever d'entraîner les convictions les plus rebelles; et quand, à la rareté des indications valables du trépan, à la difficulté de constater ces indications, on ajoute cette horrible mortalité, on peut prédire que le temps n'est pas éloigné où le trépan sera aussi rarement pratiqué dans nos hôpitaux que l'opération césarienne.

2° *Des amputations.* — MM. Maunoury et Thore ont réuni les amputations des années 1840 et 1841; comme la première année avait déjà figuré dans mes propres recherches, je ne ferai état que de la deuxième. En voici le tableau :

Cuisses	8 amput.	5 morts.
Jambes	6	3
Premier métatarsien	1	1
Avant-bras	3	0
Métacarpiens	3	2
Doigt	1	0
Phalanges	6	0

M. Velpeau note de son côté :

Cuisses	6 amput.	4 morts.
Jambes	5	2
Un métacarpien	1	0
Doigts	3	1
Mâchoire	2	1

Nous avions trouvé que l'amputation de la cuisse enlevait les deux tiers des opérés, celle de la jambe un peu plus de la moitié; additionnez les chiffres des deux cliniques, vous arriverez à la même conclusion. Seulement notez ici que sur les 11 amputations de jambe, quatre ont été faites au tiers inférieur, opération toute bénigne, ainsi qu'on le disait. Or, ces 4 opérations si bénignes ont donné 3 morts. C'est une série malheureuse, nous le croyons, mais qui suffira cependant pour rabattre un peu des éloges trop précipités qui avaient accueilli cette opération.

Nous passons sous silence les amputations de l'avant-bras, les moins fatales des grandes amputations. Les amputations des métacarpiens et métatarsiens n'ont pas été heureuses à l'Hôtel-Dieu; celles des doigts, à la Charité, ne l'ont guère été davantage. Il ne faut voir là sans doute qu'un fatal hasard; toutefois, M. Velpeau a répété, à propos des amputations

des doigts, une opinion qui lui est propre et que nous ne saurions laisser passer sans commentaire : « *Les chirurgiens savent,* dit-il, *que l'amputation d'un doigt tue dans la proportion d'un opéré sur trois ou quatre ;* » et ailleurs il la regarde comme presque aussi dangereuse que celle du bras. C'est là sans doute le résultat de son expérience personnelle ; mais quelque étendue qu'elle puisse être, elle ne saurait suffire pour décider une pareille question. Car voyez, par exemple, avec un nombre de faits trop limité, où l'on serait entraîné. Voici MM. Maunoury et Thore qui, comparant les amputations faites pendant deux ans à l'Hôtel-Dieu par M. Roux, arrivent à cette autre conséquence que les amputations du bras sont plus graves que celles de la jambe, et que la différence pour la mortalité entre les amputations de la cuisse et celles du bras n'est pas bien grande. La réalité est que les amputations de la cuisse emportent près des deux tiers des opérés dans les hôpitaux de Paris ; celles de la jambe plus de la moitié (55 sur 100); celles du bras près d'un cinquième de moins (45 sur 100); tel a été du moins le langage de nos chiffres. Quant aux amputations d'un seul doigt, 119 cas de ce genre n'ont donné que 10 morts ; il n'y a aucune comparaison à établir.

3° *Résections du coude.* — M. Roux a fait 5 opérations de ce genre en 1840 et 1841 ; il n'a perdu qu'un malade. Si cette proportion se maintenait sur un chiffre plus notable d'opérés, il s'ensuivrait que la résection du coude serait de beaucoup moins grave que l'amputation du bras, moins grave même que l'amputation de l'avant-bras ; résultat tellement inattendu, qu'il est sage sans doute d'attendre de nouveaux faits pour l'admettre. Quoi qu'il en soit cependant, les succès obtenus par M. Roux sont assez encourageants pour engager les praticiens à marcher sur ses traces. La résection du coude est une opération à peu près abandonnée à Paris ; et dans les six années qui viennent de finir, certainement tous les services de chirurgie de Paris n'en compteraient pas cinq autres exemples, tandis qu'il s'y est fait assurément plus de cent amputations du bras dans la continuité. 91 de ces amputations, de 1836 à 1842, avaient donné 41 morts ; et il ne faut pas oublier que la résection du coude, avec moins de chances de mortalité peut-être, laisse encore au malade un membre fort utile, et lui évite une triste mutilation.

4° *De l'opération de la hernie étranglée.*— J'avais compris l'année 1841 dans mes études statistiques sur cette opération ; disons toutefois que dans le service de M. Roux spécialement 9 opérations de ce genre ont donné 5 morts ; M. Velpeau, plus heureux, n'a eu qu'un mort sur 4 opérés. Cela fait au total 6 sur 13, moins de moitié ; le chiffre général auquel j'étais arrivé était de 133 morts sur 220 opérés, près des deux tiers. Au total, cette année n'a pas été malheureuse pour les deux services, mais surtout pour celui de la Charité.

5° *Staphyloraphie.* — Neuf opérations ont été faites par M. Roux, mêlées de succès et de revers, toutefois sans avoir compromis la vie des opérés. Nous n'aurions, en conséquence rien à en dire ici, si M. Roux n'avait donné lui-même un résumé des 105 opérations qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour. Sur ces 105 cas il y a eu trois morts ; la première chez une jeune fille, par suite d'une inflammation très intense du fond de la gorge ; la seconde chez un jeune Anglais, par des accidents nerveux de nature assez mal définie ; enfin une jeune Anglaise fut emportée par une phthisie aiguë dont elle portait sans doute le germe longtemps déjà avant l'opération. On voit que, malgré ce loyal aveu, l'opération de M. Roux n'en reste pas moins l'une des plus innocentes de la chirurgie, et n'est même directement responsable que du premier cas de mort. Ajoutons, bien que cela sorte de notre sujet, que, d'après les chiffres de M. Roux, la staphyloraphie réussit 2 fois sur 3 dans les divisions simples, et 1 fois sur 3 seulement dans les divisions compliquées.

6° *Fistule à l'anus.* — Cette opération a été pratiquée par M. Roux sur 16 sujets, par M. Velpeau sur 19 ; il n'y a pas eu de morts. Il paraît que quelques chirurgiens regardent l'opération de la fistule comme fort dangereuse ; M. Velpeau a cru nécessaire de combattre cette opinion, dont nous ne connaissons pas l'origine. Il établit donc qu'elle n'entraîne d'accidents mortels qu'une fois tout au plus sur 10 ou 15 opérés, sans dire sur quoi il se fonde. MM. Maunoury et Thore ont fait le relevé de toutes les opérations de ce genre pratiquées à l'Hôtel-Dieu de 1836 à 1840 inclusivement ; et sur 119 cas ils ont trouvé 9 morts, ou 1 sur 12. Nous avouons que, bien loin de nous rassurer, cette proportion nous paraît effrayante ; rien dans l'histoire de l'art n'aurait permis de la prévoir ; et pour notre compte, nous n'avons perdu jusqu'à présent aucun de ceux que nous avons opérés. Nous présumons donc, jusqu'à plus ample informé, que la plupart pour le moins de ces morts ont emporté des sujets porteurs de complications bien plus graves que la fistule même.

MM. Maunoury et Thore expliquent cette mortalité par l'origine *tuberculeuse* de bon nombre de ces fistules qui précèdent ou suivent la phthisie pulmonaire. M. Andral, n'ayant vu qu'une seule fois la fistule à l'anus sur 800 phthisiques, avait rejeté cette prétendue coïncidence, et s'était demandé d'où avait pu provenir une pareille erreur. MM. Maunoury et Thore répliquent un peu superbement peut-être : « *Ce sont les chirurgiens qui ont répandu cette opinion fondée en réalité ; leur réponse à M. Andral est que sur 20 fistules à*

l'anus, 5 au moins compliquent la phthisie pulmonaire. » Il nous sera permis de dire que cette proportion nous paraît donnée fort à la légère, que nous n'avons rien vu jusqu'à présent qui lui donne même un air de vraisemblance; et précisément sur 21 fistules entrées en 1841 dans le service de M. Roux, un seul sujet fut renvoyé comme phthisique.

Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés, *par M. Ammon de Berlin.*

M. Ammon a toujours obtenu le meilleur résultat de la méthode de traitement suivante dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Tout au début de la maladie, il a recours au collyre suivant.

R. Extrait de belladone.. 25 à 30 centigr.
Eau chlorurée........ gtt. x à xij.
Eau distillée......... 125 grammes.

Une petite éponge fine est imbibée de cette solution tiède, et doit être appliquée sur les paupières tous les quarts d'heure ou demi-heures, afin d'en laisser pénétrer jusqu'à la conjonctive. Dans l'intervalle, il faut recouvrir les yeux de compresses trempées dans la même solution.

La belladone est employée, dans ces cas, dans un double but; d'abord pour faire disparaître le spasme des paupières qui, empêchant l'écoulement des matières sécrétées, les maintient constamment en contact avec la cornée; ensuite pour dilater la pupille, afin que, si la cornée vient à se perforer et l'iris à faire hernie, il reste encore une portion de la pupille. Cette dilatation de la pupille a également pour résultat de modifier la turgescence de toute la chambre antérieure, et en même temps la tension de la cornée qui en est le résultat. S'il y a lieu, on pourra recourir à des dérivatifs intestinaux et employer avec avantage dans ce but la potion suivante.

R. Nitre purifié,
Coquille d'huître préparée, *aa* 30 centigr.
Eau distillée,
Sirop de manne, *aa* 30 grammes.

Si la sécrétion purulente a cessé, il faut songer à accroître la tonicité de la conjonctive et à empêcher la maladie de passer à l'état chronique. Pour cela on instillera entre les paupières des gouttes d'une solution de sulfate de zinc (5 centigrammes) dans 2 ou 4 grammes de teinture d'opium avec addition, si on le juge à propos, de l'extrait de belladone.

M. Ammon termine en engageant vivement à essayer sa méthode de traitement, ajoutant que l'ophthalmie est encore le fléau de l'enfance.

Journal von Chirurgie und Augenheilk, von Walther und Ammon, tome 31, n° 1.

Obstétrique.

EXTRAITS DES JOURNAUX ALLEMANDS.

L'obstétrique a toujours tenu une place importante dans la presse médicale. Admise sur le même pied que les autres branches de l'art dans tous les recueils périodiques, elle s'est quelquefois fait une large part dans certains journaux principalement consacrés à la chirurgie; elle a même eu ses organes spéciaux et ses publications distinctes. C'est en Allemagne surtout qu'elle s'est montrée jalouse de cette indépendance, et depuis un demi-siècle elle s'est maintenue avec dignité au rang qu'elle a pris dans la presse. Après les *Archives de Stark*, nous avons vu paraître *la Lucina*, puis *le Journal d'Accouchement de Siebold* qui a eu vingt-cinq ans d'existence; en même temps *Busch*, *Mende*, *d'Outrepont*, *Ritgen* publiaient la *Gazette d'Accouchement*, dont la nouvelle série compte déjà onze volumes. Cette *Nouvelle gazette* à laquelle *Siebold* prête, depuis quatre ans, sa savante et active collaboration, est maintenant le seul journal qui, de l'autre côté du Rhin, soit exclusivement consacré à l'obstétrique.

Quand on parcourt ces précieuses collections, on n'est pas moins frappé des richesses qu'elles renferment que du ton grave et digne qui y règne constamment. C'était là un bel exemple offert aux autres peuples, et qui n'a pourtant que rarement trouvé des imitateurs parmi nous. Toutes les imitations d'ailleurs n'ont pas été heureuses, et peut-être les conditions de succès n'existent-elles pas en France. Les *Siebold*, ainsi que les rédacteurs de la *Gazette*, n'ont jamais scrupuleusement suivi l'ordre des temps; ils ont moins compté les mois qu'ils n'ont tenu compte du nombre et de la valeur des matériaux, préférant s'abstenir et attendre lorsque leurs cartons n'étaient pas assez bien remplis. Aussi les *Siebold* n'ont-ils publié que dix-sept volumes en vingt-cinq ans. Et pourtant quelle vaste et puissante collaboration leur est venue en aide! L'Allemagne, qui compte tant d'universités, renferme un nombre à peu près égal d'hôpitaux et de cliniques d'accouchement, et parmi les médecins placés à la tête de ces établissements, il en est peu qui n'aient fourni des mémoires plus ou moins importants au journal de Siebold. La *Gazette* qui a joui des mêmes avantages, profité des mêmes ressources, recevait en outre l'impulsion de quatre rédacteurs dont la position spéciale, le mérite personnel et

les longues études semblaient devoir lui assurer une sorte de fécondité. Et pourtant à peine publie-t-elle un volume par an ! Cette réserve est certainement de bon goût ; mais serait-elle goûtée chez nous comme elle mérite de l'être ? On veut être ici servi à jour fixe, et cette exigence bien naturelle peut être quelquefois difficile à satisfaire quand on se restreint à une branche de l'art assez limitée, malgré ses nombreuses ramifications. Je n'en veux d'autre preuve que la fusion qui s'est opérée entre les deux journaux allemands.

Il ne faudrait pas conclure de cette fusion que les faits et les travailleurs sont moins nombreux en Allemagne. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les recueils généraux consacrés aux sciences médicales pour voir que les cas curieux d'accouchement ne manquent ni d'observateurs ni d'interprètes, que les doctrines les mieux établies comme les doctrines encore mal assurées y sont sans cesse soumises à des investigations nouvelles. C'est que l'obstétrique, alors même qu'elle était conduite par quelques hommes, dignes, au reste, de lui servir de guides, dans une voie séparée et indépendante, n'a pourtant pas rompu les liens naturels qui l'ont de tout temps unie à la médecine et à la chirurgie, et que ces liens se resserrent tous les jours.

A-t-elle donc tort de vouloir marcher de concert avec les autres branches de l'art ? Non sans doute ; car elle a plus à gagner à cette union qu'à l'isolement. Isolée, jamais elle ne pourra s'adresser à un aussi grand nombre de lecteurs, et comme il ne lui est pas plus permis qu'à toute autre de s'affranchir dans ses publications d'une régularité indispensable, chez nous du moins, au succès de tout recueil périodique, ne serait-il pas à craindre qu'elle s'épuisât bientôt par sa fécondité même ? Aussi, tout en comprenant une autre marche et en applaudissant à d'autres efforts, avons-nous toujours pensé que cette union ferait sa force. Ici donc l'obstétrique ne sera point séparée de la chirurgie. Dans des voies tout-à-fait parallèles et d'un mouvement simultané, elles marcheront à leur but, heureuses de se soutenir pour l'atteindre, et de s'entr'aider dans les questions d'intérêt scientifique commun.

Avec les ressources que nous possédons déjà, et à l'aide de celles qui nous ont été promises, nous espérons que l'occasion ne manquera pas à ce journal de traiter beaucoup des hautes questions de l'obstétrique. Aujourd'hui notre intention est plus modeste ; nous avons sous les yeux le XI^e vol. de la nouvelle gazette d'Accouchement (*Neue Zeitschrift für Geburts-Kunde*). En la parcourant, nous trouvons plusieurs mémoires concernant des points importants de doctrines obstétricales et quelques observations détachées. Nous nous bornerons aujourd'hui à en extraire l'observation suivante, nous réservant d'y revenir dans le prochain supplément.

Dépression considérable du frontal chez un nouveau-né, *produite par une exostose volumineuse située entre la quatrième et la cinquième vertèbres lombaires.* Par le docteur Düntlzer, médecin à Cologne.

Christine K...., trente ans, brune, d'une bonne santé habituelle, un peu trapue et assez forte, avait souffert dans son enfance du rachitisme, et sa démarche vacillante, sa petite taille (4 pieds 1/4), le gonflement persistant des extrémités épiphysaires au niveau des poignets et des articulations tibio-tarsiennes, la forme arquée du corps des tibias, la dépression de la région lombaire, annonçaient assez qu'elle n'en avait été qu'incomplètement guérie. Ces premières données de l'exploration extérieure faisaient soupçonner, ce que l'exploration interne confirma, l'existence d'un bassin rachitique. La viciation était modérée, avait principalement son siège au détroit supérieur, tandis que l'inférieur était relativement agrandi. L'angle sacro-vertébral était difficile à atteindre. Le diamètre sacro-pubien avait 3 p. 1/4.

Ces dispositions expliquaient les résultats des deux premiers accouchements terminés l'un par le forceps, l'autre par la version, et qui avaient donné tous deux des enfants morts. Le troisième, dans lequel la version fut également indispensable, fut heureux pour l'enfant, petite fille à la vérité délicate, mais vivace et aujourd'hui âgée de trois ans.

La quatrième grossesse fut troublée, vers son milieu, par quelque dérangement dans les fonctions du foie et du système de la veine-porte, mais pendant quelques semaines seulement. Dans les deux derniers mois, K... fut tourmentée par une douleur sourde continue et par un sentiment de pression dans la région des dernières vertèbres lombaires, accompagnée d'un petit mouvement fébrile le soir, et contre lesquels tous les moyens restèrent impuissants.

Le 23 août au soir le travail se déclara, bientôt la dilatation s'opéra, et les membranes se rompirent ; mais, bien que toutes les apparences fussent en faveur d'une terminaison naturelle et prompte, les contractions les plus violentes, aidées des efforts les plus énergiques, ne parvinrent pas à engager la tête dans le détroit supérieur. Après plusieurs heures d'attente qui ne laissèrent point de doute sur l'impuissance de la nature, Düntzler se décida à appliquer le forceps et fit, non sans de grandes difficultés, l'extraction d'une fille dans un état de mort apparente, mais qui cependant fut bientôt ranimée par l'emploi de moyens appropriés. Mais quel ne fut pas son étonnement lorsqu'ayant examiné plus attentivement la tête

de l'enfant, il remarqua au côté gauche du front une dépression ovalaire s'étendant transversalement de l'arcade sourcilière à la suture coronale, et ayant deux pouces et demi de longueur, un pouce et demi de largeur, et un pouce de profondeur ! Il n'y avait ni fracture, ni fissure, ni rougeur de la peau, ni ecchymose.

L'auteur ajoute qu'ayant introduit toute la main dans le vagin, il trouva une exostose ovalaire de la grosseur d'un œuf de pigeon entre la quatrième et la cinquième vertèbres lombaires. Le promontoire faisait plus de saillie qu'à l'ordinaire; les diamètres du détroit abdominal étaient resserrés; il n'y avait point d'autre viciation.

La mère se rétablit et l'enfant alla bien. Au bout de quelques jours la partie déprimée s'était déjà un peu relevée; trois mois après tout enfoncement avait disparu. A six mois, ce côté du front avait presque repris sa voussure naturelle, et tout faisait espérer qu'elle finirait par la reprendre tout-à-fait.

Cette observation est loin d'être la seule de ce genre. Les annales de la science en renferment d'autres; mais il s'en faut bien que pour toutes l'issue ait été également heureuse. Trop souvent la solidité des os du crâne s'oppose à ce qu'ils soient simplement déprimés, et lorsque la dépression s'accompagne de fracture, presque toujours la mort a lieu immédiatement ou suit de près la naissance.

Les médecins habitués à la pratique des accouchements ne contesteront pas l'origine de cette dépression du frontal; le forceps n'en saurait être accusé. Mais l'auteur aurait levé les doutes qui pourraient naître dans quelques esprits, s'il eût indiqué les points de la tête sur lesquels les branches de l'instrument avaient laissé des traces. Cette précaution me paraît indispensable dans les cas de cette espèce, et je n'y ai jamais manqué, pour ma part. Les dépressions avec fractures produites par les saillies osseuses n'ont pas, en effet, toujours des caractères tellement tranchés, que l'idée d'une lésion par le forceps ne puisse venir à l'esprit; et, d'après les faits que j'ai recueillis, je crois, dans quelques circonstances au moins, la distinction assez difficile pour conseiller la plus grande réserve aux médecins qui auraient à prononcer comme experts en pareil cas. J'espère pouvoir exposer un jour le résultat de mes observations sur toutes ces lésions des os du crâne chez les nouveau-nés, et les examiner en particulier sous le rapport médico-légal. Déjà je me trouve, avec Ed. Caspar. Jac. V. Siebold qui a traité ce sujet au tome XI[e] de son journal, en désaccord sur trop de points pour ne pas croire que cette partie de l'obstétrique appelle de nouvelles recherches.

Je ne puis pas accepter comme démontrée ici l'existence d'une exostose. D'abord la projection de l'angle sacro-vertébral produit seul des dépressions semblables à celle observée par Düntzler; en second lieu, Nægelé (*Des principaux vices de conformation du bassin*) a montré l'excessive rareté des exostoses et signalé les cas nombreux où la saillie sacro-vertébrale avait été prise pour une tumeur osseuse; et l'erreur est, en effet, facile dans certains cas de projection de l'angle et particulièrement de l'une des vertèbres situées au-dessus. Ce qui est dit de la dépression de la région lombaire donne à penser qu'une saillie de ce genre existait ici, et je ne pense pas que les symptômes observés dans les deux derniers mois de la grossesse soient assez caractéristiques du développement d'une exostose pour qu'on ne puisse pas les expliquer autrement. Enfin, bien qu'il y ait des exemples de formation rapide d'exostoses, cela n'est point ordinaire pourtant, surtout aux exostoses isolées, saillantes et globuleuses. Mais quel argument opposer au résultat d'une exploration faite avec la main tout entière? Aucun peut-être, et pourtant l'erreur n'est-elle pas possible?

Il est probable qu'il n'y a point eu ici fracture, et cependant je n'oserais pas l'assurer; une observation que j'ai recueillie prouve qu'indépendamment de la dépression, des fractures peuvent exister et n'être pas un obstacle à la guérison.

Le redressement graduel de l'os qui s'est opéré ici comme dans quelques autres cas n'a pas toujours lieu. Je doute qu'il se fût accompli dans le cas que j'ai observé. M. le docteur Hipp. Petit m'a dit avoir pour cliente une dame dont le frontal, enfoncé au moment de sa naissance, est toujours resté déprimé.

L'observation de Düntzler, fort intéressante sans doute, l'est moins cependant que celles relatives aux lésions des os du crâne, fractures ou dépressions, résultat d'accouchements spontanés. J'ai observé trois cas de ce genre, qui n'eussent point été déplacés sans doute après le fait précédent, mais qu'il m'a pourtant paru plus convenable de réserver. Elles feront partie d'un mémoire destiné au prochain numéro.

ANT. DANYAU.

Pharmacologie chirurgicale.

NOTE SUR LE SPARADRAP COMMUN.

Les nombreux onguents et emplâtres composés dont les anciennes pharmacopées étaient encombrées ont presque entièrement disparu de la pratique. L'arsenal pharmaceutique du chirurgien est singulièrement réduit, mais aussi il est une préparation dont on fait une consommation beaucoup plus étendue qu'autrefois.

Quand je suis entré à l'Hôtel-Dieu, il y a bientôt dix ans, je consommais par mois environ 12 kil. d'emplâtre pour le sparadrap. Cette quantité s'est progressivement élevée à 15 kil., 20 kil., 25 kil., et enfin aujourd'hui, elle est arrivée au chiffre de 30 kil. par mois, quoique la population de l'Hôtel-Dieu ait baissé de près d'un tiers.

Il importe beaucoup au chirurgien d'avoir à sa disposition le meilleur sparadrap possible; quand il est de bonne qualité, les pansements sont plus faciles, et la réunion des blessures par première intention est beaucoup plus sûre.

Le sparadrap qu'on délivre dans les pharmacies de la ville est en général moins bon que celui qu'on emploie dans les hôpitaux. Nous allons examiner successivement les diverses espèces de sparadraps qu'on a proposées, et nous entrerons dans des détails pratiques indispensables pour assurer la bonne préparation de ce produit important.

Occupons-nous d'abord du choix de la masse emplastique. On a adopté exclusivement dans les hôpitaux l'emplâtre diachylon gommé. Voici comme on le prépare. On prend :

Emplâtre simple.....	480 grammes.
Cire jaune............	30 gr.
Térébenthine des Vosges	30 gr.
Poix blanche.........	30 gr.
Gomme ammoniaque...	10 gr.
Bdellium.............	10 gr.
Galbanum............	10 gr.
Sagapénum...........	10 gr.

On fait liquéfier l'emplâtre simple avec la cire, d'autre part on fait également liquéfier la poix avec la térébenthine. On passe ce mélange ; on l'ajoute au premier, on verse ensuite dans la masse emplastique, et on incorpore par l'agitation les gommes-résines qui avaient été préalablement dissoutes dans l'alcool à 56° C., puis ramenées par la distillation et l'évaporation à la consistance de miel épais. La masse emplastique qu'on obtient est d'une belle couleur jaunâtre ; son odeur est assez agréable; sa consistance est bonne ; il est quelquefois nécessaire d'y ajouter pendant les grands froids une petite proportion de térébenthine ; mais presque toujours cette addition est inutile.

Sans doute on pourrait simplifier la formule précédente sans lui rien faire perdre de ses bonnes qualités. La poix de Bourgogne est un produit souvent impur qu'on pourrait remplacer par de la bonne térébenthine ; le sagapénum est si souvent falsifié qu'on devrait le supprimer en augmentant la dose des autres gommes-résines. Quoi qu'il en soit de ces remarques, le diachylon gommé constitue une masse emplastique bien adhésive, d'une bonne consistance, et qui très rarement détermine des érysipèles.

M. Sévin a proposé pour le sparadrap une masse emplastique dont voici la formule.

Prenez : Résine élémi
Térébenthine fine *aa*.....40 gramm.

Liquéfiez sur un feu doux, passez et ajoutez

Cire blanche...........	15 gramm.
Cire jaune.............	15 gramm.
Emplâtre simple........	50 gramm.

Faites fondre sur un feu doux : mélangez intimement.

Cette masse emplastique est bonne : on obtient avec elle un sparadrap bien adhésif d'une odeur agréable. On l'a essayé quelque temps avec succès à l'Hôtel-Dieu. On peut objecter seulement que la résine élémi est souvent rare et chère, et on peut craindre que la proportion un peu élevée de matières résineuses ne détermine dans certaines conditions une excitation qui pourrait favoriser le développement d'érysipèles ; on peut craindre aussi que l'absence de gommes-résines rende le sparadrap un peu moins adhésif que celui de diachylon.

M. Schaenffet a proposé pour le sparadrap l'emplâtre suivant :

Prenez : Colophane

Résine *aa*.................	200 gr.
Gomme ammoniaque, Sagapenum........., Galbanum..........	*aa* 10 gr.
Térébenthine......., Emplâtre simple....	*aa* 60 gr.
Cire jaune...............	200 gr.

F.s.a. — La grande diminution dans cette masse emplastique de la proportion de l'emplâtre simple est peut-être une circonstance fâcheuse, et la grande proportion de matières résineuses pourrait aussi déterminer le développement des érysipèles. En définitive, on n'a rien proposé de mieux jusqu'ici que l'emplâtre diachylon gommé.

Le choix du tissu est une chose très importante dans la préparation du sparadrap. Quelques pharmaciens, dans l'intention d'obtenir un produit qui flatte l'œil, choisissent ou de la toile très fine et bien unie, ou du calicot très fin, bien lisse et bien apprêté. C'est un grand tort. Il faut choisir, et cela est de la plus grande importance, du calicot écru qui n'a subi nul apprêt, qui soit bien fort et muni d'un duvet bien garni et bien apparent. Ces petits fils de coton qui dépassent, servent merveilleusement à retenir la masse emplastique et empêchent le sparadrap de s'écailler, ce qui est fort désagréable lorsqu'on exécute un pansement de quelque importance.

Différents sparadrapiers ont été proposés pour étendre la masse emplastique sur le tissu. Le procédé qu'on suit dans les hôpitaux est très simple et très bon. Il consiste à étendre le sparadrap au moyen d'un couteau à lame droite. On prend les bandes et on les attache par chaque extrémité à des espèces de peignes à dents que l'on fait tenir par deux aides.

Le tissu étant bien tendu, on verse l'emplâtre fondu, mais le moins chaud possible, sur

l'une de ses extrémités, et on l'étale sur toute la bande au moyen d'un couteau légèrement chauffé. On repasse à plusieurs reprises pour que la couche de masse emplastique soit bien uniformément étendue et suffisamment épaisse. Elle est en général trop légère dans les pharmacies civiles, où l'on emploie des sparadrapiers qui ne permettent pas de rectifier les bandes trop légèrement chargées.

Nous terminerons par un fait très important: le sparadrap doit être fréquemment renouvelé, au moins deux fois par mois, car sous l'influence de l'air il s'altère vite. Les gommes-résines et les oléo-résines se modifient et deviennent cassantes. L'emplâtre simple lui-même change de nature, et le sparadrap s'écaille, ce qui est détestable.

Il faut encore éviter d'en former des rouleaux trop serrés, car si la couche emplastique est suffisamment épaisse, cela suffit pour gâter le sparadrap.

Je suis entré dans de longs et minutieux détails, mais je serai heureux si je puis contribuer à faire trouver partout aux chirurgiens du sparadrap de bonne qualité; car, je le répète en terminant, c'est la préparation pharmaceutique chirurgicale la plus importante.

BOUCHARDAT.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES SECTIONS TENDINEUSES ET MUSCULAIRES *dans le strabisme, la myopie, etc.; avec atlas; par* A. BONNET, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.— Chez* J. B. BAILLIÈRE *et* GERMER BAILLIÈRE, *rue de l'École-de-Médecine. — Prix,* 8 *francs.*

Lyon s'est toujours fait remarquer entre toutes nos villes de province par son ardeur à cultiver les sciences; et en ce qui concerne la chirurgie, depuis le XVIIIe siècle, il serait facile de dresser la généalogie non interrompue des praticiens et des écrivains distingués qui ont fait l'honneur de cette cité. Peut-être cependant chacun d'eux restait-il un peu isolé; ils trouvaient bien des successeurs, ils n'avaient pas su se créer des disciples et une école. Aujourd'hui la chirurgie lyonnaise nous paraît avoir pris un développement tout nouveau, Certes le chirurgien qui dirige actuellement l'Hôtel-Dieu de Lyon a maintenu la vieille renommée de cet hôpital aussi haut pour le moins qu'aucun de ses prédécesseurs; mais plus habile, ou plus heureux, ou plus confiant peut-être, il a entretenu, il a excité parmi ses rivaux comme parmi ses élèves une émulation sans cesse croissante; Lyon a véritablement aujourd'hui son école chirurgicale d'où sortent chaque jour d'utiles et remarquables travaux, et qui, après celle de Paris, occupe sans contestation la première place parmi toutes les écoles de France. De cette école naissante, M. Bonnet est le chef et en quelque sorte le créateur; entouré de nombreux émules dont le nom n'est déjà plus ignoré de personne, M. Bouchacourt, M. Pétrequin, M. Diday, ayant à leur tour au-dessous d'eux une foule de jeunes travailleurs dont les thèses ont marqué dans ces derniers temps parmi les meilleures de la faculté de Paris. La médecine lyonnaise a été entraînée elle-même par cet élan; nulle autre ville n'a fourni un égal contingent de publications à la presse médicale contemporaine; et parmi ces laborieux observateurs, nous avons encore à revendiquer M. Baumès, qui poursuit d'un zèle presque égal les maladies de la peau et les affections syphilitiques.

A Dieu ne plaise qu'en constatant ainsi les progrès de l'École de Lyon, nous veuillions méconnaître les services rendus à la chirurgie par d'autres écoles. Mais Montpellier, élevée si haut par Delpech, nous paraît un peu s'endormir dans sa gloire; Strasbourg a eu besoin de se retremper récemment dans la faculté de Paris; Toulouse, Bordeaux, Marseille, Rouen, avec tous les éléments de prospérité et les chirurgiens éminents qui peuplent leurs hôpitaux, par je ne sais quels obstacles inconnus, n'ont pas porté tous les fruits qu'on était en droit d'en attendre. Nos villes de province sont sujettes à se plaindre de la centralisation parisienne et du silence qui se fait autour de leurs travaux; nous sommes tout disposés pour notre part à rompre ce silence, à seconder leurs efforts; heureux si, en excitant entre elles une noble rivalité, nous pouvions contribuer en quelque chose à l'avancement de la science et de l'art.

Donc, après avoir semé dans les journaux de Paris un assez bon nombre de mémoires, M. Bonnet a voulu se marquer une plus large place dans la littérature chirurgicale, et livrer un volume entier au public. Ce volume que nous avons sous les yeux n'a pas moins de 650 pages; il est plein de faits et d'idées, de science et de pratique; à prendre l'un après l'autre chacun des chapitres qui le composent, nous n'aurions guère que des éloges sans restriction à lui décerner; mais il y a une autre question préalable à laquelle nous n'oserions répondre aussi bien : malgré le titre commun qui leur sert de lien et comme d'enveloppe, M. Bonnet a bien fait un recueil de mémoires et d'excellents mémoires; il n'a pas fait un livre.

Lui-même du reste le reconnaît quelque part. Il a moins eu pour but, ce sont ses expressions, d'écrire un traité complet sur les

sections tendineuses et musculaires, que de faire connaître celles de ces opérations qu'il croit avoir éclairées par ses travaux. Le titre de l'ouvrage trahit encore son embarras. Il ne pouvait pas mettre *Traité des sections sous-cutanées;* car, pour le strabisme, il préfère les sections à découvert; et cependant les sections sous-cutanées étaient si bien dans son esprit qu'une partie importante de ce traité des sections tendineuses est consacrée à la section sous-cutanée des nerfs. *Onzième partie,* il ne faut pas s'y tromper; ce n'est que sur le titre que l'auteur embarrassé a annoncé ce mémoire comme une sorte d'appendice.

Après tout, direz-vous, ce n'est là qu'une question de forme. A la vérité; mais nous avions besoin de nous expliquer catégoriquement sur cette question de forme ; car c'est par là seulement qu'il est possible de comprendre comment le succès incontesté de ce livre a cependant été si peu en rapport avec son mérite réel. Les recueils de mémoires, de monographies, d'observations, ont peu de faveur aujourd'hui; ce n'est pas, comme on l'a dit, que le public les apprécie peu ou les dédaigne; mais il est accoutumé à les trouver dans les journaux; le journal a tué le recueil. M. Bonnet a traité successivement des opérations applicables au strabisme, à la myopie, à la fatigue des yeux et au trouble de la vue, au bégaiement, au pied-bot et à diverses autres difformités ; il n'est pas un seul de ces travaux qui ne se recommande par la richesse des faits, la netteté et l'étendue des idées, la nouveauté des applications pratiques; ils auraient fait la fortune d'un journal; il était peut-être impossible à notre époque qu'ils fissent la fortune d'un livre.

En résumé, et la question de forme mise de côté, le volume de M. Bonnet est un de ceux que tout chirurgien amoureux de son art placera soigneusement dans sa bibliothèque. Sur certains points fort importants, comme sur le traitement de la myopie, de la fatigue des yeux, etc., il est tout-à-fait neuf et original; mais sur les questions mêmes déjà traitées, on ne trouvera nulle autre part plus de science, de talent et de bonne foi.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences. — Les dernières séances n'ont rien offert qui ait trait à la chirurgie. On sait que la mort de Larrey a laissé vacant un fauteuil chirurgical ; les concurrents connus jusqu'à présent sont MM. Amussat, Bégin, Civiale, Duvivier, J. Guérin, Jobert, Lallemand, Lisfranc et Velpeau. La nomination n'est pas prochaine encore, et n'aura lieu que quand l'Institut aura nommé un successeur à M. Double.

Académie de médecine.—A part quelques communications d'une importance secondaire, l'Académie de médecine a été presque entièrement occupée depuis le mois d'octobre à la discussion sur la ténotomie. Nous en avons fait l'objet d'un examen sérieux dans notre *Revue critique ;* ce qui nous dispense d'y revenir ici.

Le 6 décembre a eu lieu la séance publique annuelle. Les lectures n'ont nullement touché à la chirurgie, mais quelques-uns des prix décernés ou proposés nous concernent plus directement.

L'Académie avait proposé pour les prix de 1842 les questions suivantes :

1° *Prix de l'Académie.* — « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différents rapports. » Le prix, qui était de 1,500 fr., n'a pas été décerné; l'Académie a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Gély (J. A.) chirurgien des hospices de Nantes.

2° *Prix Portal.*—« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. » — Le prix était de 1,000 fr. ; l'Académie n'a reçu aucun mémoire.

Ces deux prix n'ayant point été décernés, les deux questions sont remises au concours pour l'année 1844; la première avec le prix habituel de 1,500 fr., la seconde avec un prix de 1,200 fr. Les mémoires devront être adressés dans les formes usitées au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1844.

— Traité pratique des maladies des yeux, *suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur ces maladies,* par le Dr S. Furnari. — Chez Gardembas, rue de l'École-de-médecine, 10. — 1 vol. in-8° avec planches; prix, 6 fr.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 59.

Nota. *Nos souscripteurs recevront avec le numéro supplémentaire de janvier le titre imprimé du premier volume, et une couverture en papier de couleur pour recevoir les numéros.*

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JANVIER 1843. (*SUPPLÉMENT.*)

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'opération du bec-de-lièvre *compliqué de saillie des os intermaxillaires ; par* M. BLANDIN, *professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.*

De toutes les difficultés que présente quelquefois l'opération du bec-de-lièvre, il n'en est aucune qui puisse être comparée à celles qui résultent, pour cette opération, de la saillie considérable des os intermaxillaires ; alors, en effet, l'action chirurgicale, fort compliquée elle-même, comprend nécessairement deux choses très distinctes, savoir : *la suppression de la saillie anormale de la portion médiane de l'arcade dentaire*, et *la synthèse de la lèvre supérieure.* Le premier point constitue la plus importante partie de l'opération ; il en est l'indispensable préliminaire ; et l'on peut assurer que de la plus ou moins grande perfection apportée à son accomplissement dépend, en réalité, le succès plus ou moins complet de la réparation labiale.

On comprend, d'après cela, tout l'intérêt qui se rattache à cette partie de la médecine opératoire, et le soin avec lequel les chirurgiens ont dû s'appliquer à en rendre les applications plus satisfaisantes : cependant les procédés que nous possédions jusqu'ici laissaient encore quelque chose à désirer ; de sorte que de nouveaux perfectionnements nous avaient paru depuis longtemps nécessaires, pour élever la thérapeutique du bec-de-lièvre à la hauteur à laquelle l'art des restaurations est maintenant parvenu.

Trois méthodes différentes ont été proposées par les auteurs, pour faire disparaître la saillie médiane du palais dans les becs-de-lièvre compliqués : celle de Franco, qui consiste à exciser la partie osseuse proéminente ; celle de Desault, dans laquelle on refoule seulement cette partie, en exerçant sur elle une compression soutenue ; celle enfin de M. Gensoul, par laquelle on obtient le même résultat

d'une manière beaucoup plus prompte et à l'instant même, en refoulant brusquement en arrière les os intermaxillaires, et fracturant les parties osseuses qui leur servent de pédicule. Jetons un coup d'œil rapide sur ces trois modes opératoires, afin de bien faire ressortir les inconvénients qui sont inhérents à chacun d'eux, inconvénients qui d'ailleurs n'ont pas échappé à l'observation des praticiens.

L'excision des os intermaxillaires oblige d'abord à sacrifier les dents incisives supérieures ; mais c'est là son moindre inconvénient ; elle produit, en outre, sur la partie antérieure de la voûte du palais une perte de substance considérable, de laquelle résultent ultérieurement : 1° un rétrécissement transversal de cette voûte, et un tel resserrement dans le même sens de l'arcade dentaire supérieure, que cette arcade ne correspond plus à l'inférieure ; 2° un refoulement en arrière de la lèvre supérieure, refoulement qui donne plus de saillie à la base du nez, et imprime à la figure une expression désagréable.

La compression simple, inapplicable aux cas les plus graves, à ceux dans lesquels la saillie est très considérable, est une source de gêne et de douleurs que les malades ne supportent qu'avec beaucoup de peine, et qui la rendent souvent intolérable pour quelques-uns d'entre eux. D'un autre côté, l'action de la puissance compressive sur les dents antérieures entraîne fort souvent l'ébranlement et la chute de ces dents; enfin, et ce point est fort important, elle laisse presque toujours après elle une saillie des dents et de l'arcade dentaire, que les progrès de l'âge ne font qu'incomplètement disparaître, et qui produit une difformité opposée à celle que nous avons reprochée à la méthode de Franco.

Les violences employées pour fracturer le pédicule osseux des os intermaxillaires causent nécessairement un ébranlement très considérable de toute la cloison des fosses nasales ; leur action, ordinairement bornée à cette cloison, peut quelquefois s'étendre aux parties voisines, atteindre, par exemple, l'ethmoïde, et fracturer la lame criblée, c'est-à-dire la base du crâne elle-même ; de sorte que si le mode opératoire qui les réclame permet de conserver intacte toute l'arcade dentaire, et de procéder sans retard à la réunion de la solution de continuité labiale, on conçoit que, nonobstant le parti avantageux que M. Gensoul assure en avoir tiré, il ait justement répugné à la plupart des chirurgiens, et qu'il n'ait presque plus été employé depuis ses premières applications.

Du reste, les reproches que nous adressons à la méthode de M. Gensoul ne doivent pas cependant nous empêcher de reconnaître qu'elle est un véritable progrès ; en effet, elle réunit à la célérité de la méthode de Franco l'avantage que Desault cherchait à obtenir par la simple compression, savoir : l'intégrité de la voûte palatine et de l'arcade dentaire ; or, ce double but nous semble la véritable perfection dans l'opération du bec de lièvre compliqué de saillie des os intermaxillaires ; aussi, les seules choses que nous blâmions dans cette méthode, ce sont les moyens employés pour obtenir ce résultat si désirable.

Bien convaincu que la cloison des fosses nasales déplacée en avant dans le vice de conformation qui nous occupe est le véritable pédicule des os intermaxillaires, et le seul obstacle au refoulement de ces os, nous croyons, comme M. Gensoul, que c'est sur cette partie qu'il faut agir dans le premier temps de l'opération que réclame cette grave difformité ; et puisqu'alors la cloison des fosses nasales a pris plus d'étendue dans le sens antéro-postérieur que dans l'état normal, il doit suffire d'en reséquer une partie derrière et au-dessus des os incisifs, pour faire rentrer ceux-ci à leur place. C'est là, en effet, ce que nous avons tenté, d'abord sur des pièces sèches, offrant des exemples du vice de conformation en question, ensuite sur le cadavre, et en dernier lieu sur le jeune enfant dont nous rapportons plus loin l'observation.

C'est en arrière et au-dessus des os incisifs que nous opérons la résection indiquée. Nous emportons un morceau triangulaire à base inférieure de la cloison des

fosses nasales; nous nous servons pour cela de très forts ciseaux ou de cisailles, suivant l'âge des sujets que nous opérons; sur les très jeunes enfants, le vomer, encore très tendre, n'oppose que peu de résistance, et les ciseaux suffisent; mais chez les enfants de dix ou douze ans, il n'en est plus de même, et alors nous préférons les cisailles. La pointe de la section en V que nous pratiquons doit s'avancer très haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du nez, et atteindre jusqu'au dos de cette partie, de manière à parfaitement assurer la mobilité de la saillie osseuse, et son entier refoulement en arrière.

Quelques vaisseaux sont ouverts dans cette première partie de l'opération; mais sans doute presque toujours ils devront, comme il nous est arrivé, ne donner qu'une très petite quantité de sang; d'autres fois, froissés par les cisailles, ils ne fourniront aucun écoulement; dans tous les cas, en relevant la lèvre et la partie osseuse qui y adhère, et que la section précédente a rendue aussi mobile qu'elle, il sera facile de faire la ligature, la torsion, ou d'opérer la cautérisation de ces vaisseaux, si l'hémorrhagie continue.

Quoi qu'il en soit, nous recommandons de se borner d'abord à faire la résection que nous venons de décrire, et à remettre au lendemain l'avivement et la réunion de la solution de continuité labiale. Par là on se débarrasse de toutes préoccupations sérieuses touchant l'hémorrhagie; et si elle survenait malgré les précautions prises à cet égard, comme on l'a observé après la résection de Franco, on ne serait pas plus embarrassé pour y remédier qu'au moment même de l'opération. Au contraire, il en serait autrement si on avait immédiatement procédé à la réunion de la lèvre; celle-ci pourrait se trouver assez mal des moyens dirigés contre l'écoulement du sang; à la rigueur même, on pourrait se trouver dans la nécessité d'opérer la désunion des parties pour faire l'application des moyens hémostatiques, ce qui serait un très grave inconvénient.

Au premier abord, en faisant cette opération, on éprouve la crainte que les os incisifs ne souffrent dans leur nutrition par leur isolement de la cloison des fosses nasales, leur pédicule naturel, comme nous l'avons dit, et par laquelle ils reçoivent leurs vaisseaux; mais, en y réfléchissant un peu, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette crainte ne peut avoir de fondement sérieux; car, adhérant à la lèvre supérieure, ou plutôt au bouton médian de cette lèvre, les os intermaxillaires reçoivent des vaisseaux de ce côté, vaisseaux qui, après tout, sont au moins aussi nombreux et aussi développés que ceux que l'on conserve dans le pédicule étroit d'un lambeau autoplastique.

Immédiatement après cette résection, le tubercule médian du palais et de la lèvre supérieure, devenu mobile, cède à la plus légère pression; il vient naturellement se placer en arrière à la hauteur normale, et on le maintient en ce lieu au moyen d'une bandelette de sparadrap appliquée transversalement sur la lèvre supérieure. Toutefois, comme cette rétropulsion des os incisifs est un véritable mouvement de bascule dont le centre répond au dos du nez, ces os et les dents qu'ils supportent tendent à se tourner un peu trop en arrière; de sorte qu'il est indispensable, pendant les premiers temps, d'assurer leur bonne direction en fixant les dents incisives avec les molaires, au moyen de fils d'argent; ou bien en maintenant sous la voûte palatine une plaque métallique moulée exactement sur cette voûte, et fixée latéralement sur les dents molaires. Je suppose, en effet, que ces dents existent, et qu'on n'a pas tenté l'opération sur un enfant de moins de deux ans, ce qui ne conviendrait sous aucune espèce de rapports.

Obs. — *Bec de lièvre double compliqué : 1° de division de la voûte et du voile du palais, division double en avant et simple en arrière*; 2° *de saillie en avant des os intermaxillaires.*

Fleury (Amant), âgé de 7 ans, d'une très bonne constitution, a été amené à l'Hô-

tel-Dieu le 7 octobre et confié à mes soins; voici quels étaient les caractères du vice de conformation qu'il portait, et pour lequel il venait réclamer les secours de l'art. La lèvre supérieure était profondément bifide, jusqu'à l'entrée des narines inclusivement; la voûte palatine présentait une fissure également double en avant, mais simple en arrière; le voile du palais participait à la séparation médiane de la partie postérieure de la voûte palatine; les deux traits de la division de la lèvre supérieure suivaient les parties latérales de la dépression sous-nasale de cette lèvre; la double fente antérieure du palais isolait des os maxillaires supérieurs les épiphyses intermaxillaires de ces os, et reproduisait, sous ce rapport, chez cet enfant, une conformation qui est l'état normal de la plupart des mammifères placés au-dessous de l'homme dans l'échelle organique; la cloison des fosses nasales était libre en arrière par son bord inférieur, tandis qu'en avant elle reposait sur le tubercule osseux formé par la réunion des os intermaxillaires; cette cloison, manquant ainsi de soutien inférieurement, avait été refoulée en bas, et surtout en avant, par le développement de la base du crâne; les os intermaxillaires dépassaient antérieurement de deux centimètres et demi les os maxillaires supérieurs, et portaient deux dents incisives seulement; le tubercule médian de la lèvre supérieure adhérait à la face antérieure des os intermaxillaires, et se trouvait refoulé très loin par eux; le nez, plus écarté transversalement que de coutume, et tiraillé dans son lobe par le bouton médian de la lèvre supérieure, offrait un aplatissement très considérable.

Ce vice de conformation n'était pas seulement une cause de grave difformité pour la face en général, et pour la bouche en particulier, à laquelle il donnait la forme d'un bec d'oiseau; il rendait encore très difficiles la mastication et la déglutition buccale, et tout-à-fait impossible l'articulation de sons intelligibles. En conséquence, d'une part, l'indication opératoire ne pouvant faire l'objet d'aucun doute, et, d'un autre côté, l'âge de l'enfant offrant des circonstances tout-à-fait favorables, l'opération fut arrêtée pour le 12 octobre, et il y fut procédé de la manière suivante.

L'enfant fut couché sur une table garnie d'un matelas; sa tête fut médiocrement élevée, et fixée par un aide, tandis que le corps et les mains furent contenus par d'autres personnes placées sur les côtés. Alors placé à droite du petit malade, ayant fait ouvrir largement la bouche, je relevai, avec la main gauche, le tubercule médian de la lèvre supérieure; puis, de la main droite, armée de très longs et très forts ciseaux à bec de lièvre, j'enlevai, sur la cloison des fosses nasales, immédiatement en arrière du tubercule des os intermaxillaires, une pièce triangulaire dont la base était tournée en bas, et dont le sommet dirigé en haut allait à peu près jusqu'au dos du nez; pour cela, deux sections furent pratiquées à cette cloison : une antérieure, verticale, et une autre postérieure, oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Un écoulement assez abondant, fourni par une artère de la cloison, fut aussitôt arrêté à l'aide de la torsion de cette artère.

Cette première partie de l'opération une fois achevée, les os intermaxillaires devenus mobiles purent être portés en arrière, et vinrent se placer naturellement au niveau du reste de l'arcade dentaire, entraînant avec eux le tubercule médian de la lèvre supérieure qui y adhérait. Pour achever la destruction du vice de conformation dans sa partie extérieure, on pouvait procéder immédiatement à l'avivement et à la suture de la double fente de la lèvre, ou bien la remettre à un autre jour : je jugeai convenable de prendre ce dernier parti, afin d'avoir toutes les facilités désirables pour étancher l'hémorrhagie de la cloison réséquée, si cette hémorrhagie, comme il est quelquefois arrivé, venait à reparaître.

Deux jours plus tard, le 14 octobre, j'avivai en même temps les deux fentes de la lèvre supérieure; puis, ayant traversé avec trois longues épingles d'Allemagne les deux parties latérales de la lèvre et le tubercule charnu qui les séparait,

j'achevai la suture de la plaie suivant les règles ordinaires ; ensuite le malade fut reconduit à son lit, et nourri pendant quatre jours seulement de lait et de bouillon portés dans la bouche à l'aide du biberon à bec.

Le quatrième jour après l'opération, les épingles furent enlevées ; la plaie était réunie dans tous ses points ; des bandelettes agglutinatives, fixées sur le bonnet du malade, furent néanmoins appliquées pour soutenir la cicatrice, et continuées jusqu'au dixième jour.

Le 29 octobre, quinze jours après l'opération, la cicatrice est solide et très peu apparente ; la lèvre supérieure n'est aucunement proéminente ; le lobe du nez, qui était légèrement bridé en bas pendant les premiers jours de l'opération, est remonté, et ne paraît plus tiraillé ; le tubercule intermaxillaire conserve toute sa mobilité, et tend à se renverser un peu en arrière, de sorte que les deux incisives qui lui appartiennent sont tournées en bas et un peu en arrière ; une plaque d'argent, moulée sur la voûte palatine, arc-boutée par un bord un peu élevé sur les dents incisives, et fixée à l'aide de deux crochets sur les premières molaires, suffit pour corriger cette déviation ; cette plaque sera maintenue jusqu'au moment où la fente du palais aura subi un rétrécissement suffisant, et où les os intermaxillaires se trouveront solidement fixés par les os maxillaires supérieurs.

Tableau des hernies étranglées traitées à Wurtzbourg de 1816 à 1842 ; *par* M. Textor.

Les résultats produits par les grandes opérations dans les hôpitaux de Paris, et que nous rappellions dans notre dernière *Revue*, étaient de nature à éveiller toute l'attention des praticiens. Tout d'abord il se présentait une question à résoudre : une mortalité si considérable doit-elle être attribuée aux opérations en elles-mêmes, et l'influence des hôpitaux n'y entrerait-il pas pour quelque chose? Je ne veux pas ici comparer les opérations pratiquées en ville avec celles qui se font dans un service d'hôpital ; il est constant que les premières sont généralement plus heureuses. Mais il importe de savoir si les hôpitaux de Paris n'ont pas une influence plus fâcheuse que d'autres établissements du même genre sur les suites funestes des grandes opérations ; auquel cas la sollicitude de l'administration aurait à rechercher les moyens de les assainir encore, soit en consultant les faits généraux déjà acquis à la science ; soit en provoquant une enquête dans laquelle seraient entendus tous les chefs des services chirurgicaux.

Notre excellent confrère et ami, M. Textor, de Wurtzbourg, l'un des chirurgiens les plus expérimentés de l'Allemagne, nous a adressé un tableau de sa propre pratique durant *vingt-sept années*, en ce qui concerne les hernies étranglées. Il ne s'est pas borné aux hernies qu'il a été dans la nécessité d'opérer; mais il y a compris toutes celles qui se sont offertes à son observation, opérées ou non opérées; de telle sorte que nous pourrons en déduire des conséquences de plus d'une sorte, notamment sur la fréquence relative de l'étranglement dans les trois grandes espèces de hernies; et c'est ce que nulle statistique n'avait précisé jusqu'à ce jour. La pratique de M. Textor remonte à quelques années plus haut ; et de 1812 à 1816, il avait eu à traiter seize autres cas de hernies étranglées, toutes réduites avec succès par le taxis. Nous regrettons qu'il ne les ait pas comprises dans son tableau ; mais comme il nous laisse incertains de la nature des hernies et du sexe de ces seize malades, nous n'avons pu réparer ce léger oubli ; et voici le tableau tel qu'il l'a dressé lui-même.

ANNÉES.		HERNIES ÉTRANGLÉES.			TOTAUX.	Morts sans taxis ni opération.	TRAITÉS par le taxis.		OPÉRÉS.	
		Inguinales.	Crurales.	Ombilicales.			Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.
1816..	Hommes...	2	»	»	4	»	4	»	»	»
	Femmes...	»	2	»						
1817..	Hommes...	2	»	»	4	»	2	2	»	»
	Femmes...	»	1	1						
1818..	Hommes...	1	1	»	6	»	3	1	1	1
	Femmes...	1	3	»						
1819..	Hommes...	7	»	»	9	»	9	»	»	»
	Femmes...	»	2	»						
1820..	Hommes...	2	»	»	3	»	3	»	»	»
	Femmes...	»	1	»						
1821..	Hommes...	9	»	»	12	»	8	»	3	1
	Femmes...	»	3	»						
1822..	Hommes...	6	»	»	13	»	11	»	1	1
	Femmes...	3	4	»						
1823..	Hommes...	6	»	»	6	»	5	»	»	1
	Femmes...	»	»	»						
1824..	Hommes...	3	»	»	4	»	2	1	1	»
	Femmes...	»	1	»						
1825..	Hommes...	7	2	»	13	»	10	1	2	»
	Femmes...	1	3	»						
1826..	Hommes...	7	1	»	14	»	10	2	»	2
	Femmes...	»	5	1						
1827..	Hommes...	3	»	»	5	»	4	»	1	»
	Femmes...	»	2	»						
1828..	Hommes...	2	»	»	5	»	3	»	»	2
	Femmes...	1	2	»						
1829..	Hommes...	4	»	»	9	»	6	»	2	1
	Femmes...	»	5	»						
1830..	Hommes...	2	»	»	8	»	2	»	3	3
	Femmes...	3	3	»						
1831..	Hommes...	3	»	»	4	»	2	»	1	1
	Femmes...	»	1	»						
1832..	Hommes...	1	1	»	5	»	3	»	»	2
	Femmes...	2	1	»						
1833..	Hommes...	1	»	»	2	»	1	»	»	1
	Femmes...	»	»	1						
1834..	Hommes...	»	»	»	2	»	2	»	»	»
	Femmes...	»	2	»						
1835..	Hommes...	1	»	»	10	»	3	1	4	2
	Femmes...	1	8	»						
1836..	Hommes...	4	»	»	5	»	2	»	2	1
	Femmes...	»	1	»						
1837..	Hommes...	1	»	»	2	»	»	1	1	»
	Femmes...	»	1	»						
1838..	Hommes...	3	»	»	4	1	1	»	2	»
	Femmes...	»	1	»						
1839..	Hommes...	3	1	»	8	»	3	»	3	2
	Femmes...	1	3	»						
1840..	Hommes...	2	»	»	9	1	4	»	2	2
	Femmes...	»	7	»						
1841..	Hommes...	»	»	»	3	»	1	»	2	»
	Femmes...	»	3	»						
1842..	Hommes...	3	»	»	3	»	1	»	1	1
	Femmes...	»	»	»						
		98	71	3	172	2	105	9	32	24

Le premier fait qui frappera le lecteur est cette minime proportion des exomphales étranglées, en regard du chiffre des inguinales et des crurales. Ces trois exomphales appartenaient à des femmes; sur les soixante-onze crurales, il y en avait soixante-cinq chez des femmes, et six seulement chez des hommes; tandis

que pour les quatre-vingt-dix-huit inguinales, il n'y avait que treize femmes contre quatre-vingt-cinq hommes. On voit par là combien les hernies crurales sont plus sujettes à s'étrangler chez les femmes que les inguinales; et comment les opérateurs avaient dû être presque irrésistiblement conduits à regarder ces dernières hernies comme excessivement rares dans le sexe féminin, puisqu'ils ne les rencontraient presque jamais sous leur couteau. Il reste à se demander pourquoi les hernies inguinales s'étranglent plus rarement chez les femmes que les hernies crurales, et paraissent aussi s'étrangler moins souvent que chez les hommes: problème insoluble dans la théorie ancienne qui voit partout des étranglements, mais dont la nouvelle doctrine que j'ai établie permet de donner une solution assez satisfaisante. Les chiffres de M. Textor comprennent, sous une dénomination identique, deux lésions fort différentes : l'étranglement réel et l'inflammation de la hernie. Les hernies crurales, outre le resserrement du collet qui leur est commun avec les hernies inguinales, ont encore à redouter les diverses ouvertures fibreuses du fascia cribriforme; les causes de l'étranglement réel y sont donc plus nombreuses; aussi il ne me paraît pas douteux que l'étranglement est bien plus commun dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales, tandis que pour l'inflammation c'est tout le contraire. Mais alors, dira quelqu'un, pourquoi l'inflammation serait-elle plus commune dans la hernie inguinale chez l'homme que chez la femme? A quoi je réponds qu'avant de chercher la raison du fait, il serait bon de commencer par établir le fait lui-même. Les hernies des femmes ne forment guère que le quart des hernies des hommes; or, presque toutes les hernies des hommes sont inguinales, tandis que chez la femme les crurales et les ombilicales font à peu près la moitié du nombre total. Les hernies inguinales chez la femme sont donc aux hernies inguinales de l'homme dans un rapport qui peut être exprimé par approximation comme 1 : 6. Dès lors, treize hernies inguinales étranglées ou enflammées chez la femme, en regard de quatre-vingt-cinq hernies du même genre, étranglées ou enflammées chez l'homme, ne s'écartent pas beaucoup du rapport général de ces hernies dans l'un et l'autre sexe. Je me propose d'ailleurs d'établir plus rigoureusement ces proportions dans un travail ultérieur, où j'aurai occasion de revenir sur le tableau si intéressant de M. Textor.

De ces cent soixante-douze hernies, deux ont tué les malades avant toute opération; cent quatorze ont été réduites par le taxis, et sur ces cent quatorze réductions, il y a eu neuf morts. Il est grandement à regretter que M. Textor n'ait pas ici conservé les distinctions de sexe et de hernies; tout praticien sait à l'avance que la réduction est bien plus facile et plus commune pour les hernies inguinales que pour les crurales; ce qui est d'accord avec ce que j'ai dit plus haut de la nature différente des accidents; mais nous aurions eu, du moins, quelques éléments positifs pour établir le rapport des réductions à l'opération pour les unes et les autres. Du reste, neuf morts, ou un sur treize, constituent déjà une mortalité assez forte après le taxis, et plus forte assurément que la théorie ne l'aurait supposée. Il est probable qu'elle serait plus considérable encore dans les hôpitaux de Paris à en juger par les résultats de l'opération.

L'habile chirurgien de Wurtzbourg a eu recours cinquante-six fois à l'opération, et il n'a perdu que vingt-quatre malades; moins de moitié, et plus rigoureusement trois sur sept. D'après ce que nous avons dit (voyez page 26), la moyenne générale dans les hôpitaux de Paris est de plus de quatre sur sept; en sorte qu'en dernière analyse, sur sept individus opérés de la hernie étranglée, on en perd un de plus à Paris qu'à Wurtzbourg.

A quoi attribuer cette énorme différence? Personne, assurément, ne songera à mettre en doute la sagacité, la sollicitude, l'habileté de nos chirurgiens. Il faut donc qu'ils aient à lutter contre des éléments contraires qui n'existent pas au même degré dans d'autres hôpitaux; ces éléments, j'ai essayé d'en déterminer au

moins les principaux dans mon travail *sur les résultats des amputations;* ils pourraient s'exprimer en ce peu de mots: la mauvaise disposition des salles, et la trop grande étendue des services.

Des fractures des os du crâne du fœtus *qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés; par* Ant. Danyau.

Lorsque la tête du fœtus est engagée avec force et entraînée violemment à travers un bassin réellement rétréci ou relativement trop étroit, le résultat varie suivant le degré de solidité de la tête. Quelquefois les os du crâne, au lieu de chevaucher seulement, plient, s'enfoncent ou se brisent contre les parois et particulièrement contre les saillies de la ceinture osseuse; d'autres fois leur inflexibilité et leur solidité les préservent, et ce sont les symphyses qui cèdent, se déchirent, s'écartent sous l'effort excentrique qui les distend. Ces funestes effets des tractions exercées à l'aide du forceps, ou avec la main seule après l'extraction du tronc, ne se bornent pas aux cas d'intervention difficile et laborieuse de l'art; la nature elle-même peut les produire, et de violentes contractions utérines opèrent quelquefois à elles seules ces tristes désordres. Les fractures des os du crâne, résultant d'accouchements tout-à-fait spontanés, ne sont pourtant pas très fréquentes, et les recueils scientifiques n'en renferment qu'un très petit nombre d'observations. Cette rareté ajoutera, je l'espère, à l'intérêt et à l'importance médico-légale des faits nouveaux consignés dans ce mémoire.

On n'a pas toujours admis la possibilité des fractures des os du crâne dans les cas où le fœtus avait été expulsé spontanément. La conviction, à cet égard, ne pouvait s'établir qu'en présence des faits, et l'on conçoit qu'en l'absence de cette démonstration, Haller ait prétendu que toute fracture du crâne était le résultat d'une violence. Mais Rœderer et Camper cherchèrent à faire prévaloir une opinion contraire, et leur avis avait déjà entraîné la plupart des médecins légistes qui écrivaient à la fin du siècle dernier. L'opinion de ces auteurs, purement théorique peut-être, reçut des faits observés et publiés plus tard une consécration définitive.

Siebold, auquel je suis obligé, en l'absence des ouvrages originaux, d'emprunter la plupart des détails d'un historique principalement fourni par la littérature étrangère, dit que W.-J. Schmitt fit connaître un premier cas, en 1813, dans les actes de la société d'Erlangen. Sur un fœtus mort-né, il trouva un enfoncement avec fissures au frontal gauche. La figure accompagne l'observation.

En 1815, H.-A. Hirt, et plus tard Joerg, donnèrent l'observation et la figure d'un cas semblable.

Osiander, dont j'ai l'ouvrage sous les yeux, s'exprime ainsi à ce sujet: « Je possède dans ma collection anatomique le crâne d'un enfant né sans le secours de l'art. Les os sont le siége de fractures ou plutôt de fissures qui ne peuvent être attribuées qu'au long séjour de la tête dans un bassin étroit. La mère, dont le bassin n'avait pas tout-à-fait trois pouces dans le diamètre sacro-pubien, était accouchée seule, le 30 janvier 1812, au milieu des plus violentes contractions utérines. L'enfant né mort pesait six livres et demie. Le pariétal et le frontal gauche étaient fracturés. A un second accouchement, le 13 septembre 1819, cette même femme, reçue à l'hôpital, accoucha sans secours, et avec de très fortes contractions, d'une fille vivante, mais petite, et ne pesant que cinq livres, dont le crâne offrait une dépression à droite.» (*F.-B. Osiander, Handb. der Entbindungs-Kunst.* II 206.)

Plus loin le même auteur parle d'une autre femme primipare, âgée de 28 ans, reçue à l'hôpital le 10 novembre 1814. Depuis vingt-quatre heures en travail, cette femme, dont le bassin était rétréci par la saillie sacro-vertébrale, éprouva des

douleurs de plus en plus fortes jusqu'au 14. Les contractions qui persistèrent avec intensité le 15 et le 16 amenèrent enfin l'expulsion de l'enfant. La tête offrait trois fissures, une de deux pouces, une seconde de sept lignes, et une troisième de quatre lignes de longueur. Au niveau de ces fissures, il y avait beaucoup de sang épanché (*l. c.*).

D'Outrepont a vu naître un enfant, le troisième que la femme mettait au monde, qui mourut de convulsions aussitôt après sa naissance. Le pariétal gauche offrait une fracture allongée d'arrière en avant, d'un pouce et demi de longueur. L'accouchement avait été spontané, court et facile. Chose remarquable, le bassin était bien conformé; et l'enfant, à terme d'ailleurs, était d'un volume ordinaire.

Carus rapporte qu'une femme déjà accouchée une première fois péniblement, mais naturellement, d'un enfant à terme et qui vécut six mois, eut un second accouchement facile. L'enfant offrait une dépression aux os du crâne et une fissure au frontal droit.

Siebold lui-même (*Journal* XI, 404) rapporte l'observation suivante :

1re Observation.—Kath. Elis. Sch..., 30 ans, fut reçue à la Maternité de Berlin, le 11 mars 1831. Premier accouchement: forceps, enfant mort. Deuxième accouchement, la tête haute d'abord, descend, après la rupture des membranes, en seconde position transversale, et s'y maintient fixe pendant longtemps; trente grains de seigle ergoté développent d'énergiques contractions, et une demi-heure après l'enfant est expulsé mort, offrant une profonde dépression sur les deux tempes.

Cette femme était enceinte pour la troisième fois, et, parvenue au commencement du huitième mois de sa grossesse; la mensuration avec le compas d'épaisseur, à laquelle Siebold accorde beaucoup de confiance, donnait 3 p. 1/2 pour l'étendue du diamètre sacro-pubien. Toutefois le doigt n'atteignait pas l'angle sacro-vertébral, et ne faisait non plus reconnaître aucune saillie anormale à l'intérieur du bassin. La partie fœtale était haute et inaccessible.

Les premières douleurs du travail se manifestèrent le 5 mai. Bientôt on sentit la tête en portant le doigt très haut derrière la symphyse du pubis. A quatre heures la dilatation était complète, et une heure après, les membranes se rompirent; après quoi, l'orifice, dont la dilatation n'était pas soutenue par l'engagement d'une partie du fœtus, revint notablement sur lui-même. Alors le doigt put atteindre l'angle sacro-vertébral, et reconnaître que la tête se présentait au détroit supérieur en première position transversale. Après de violents efforts, elle franchit le détroit, et une demi-heure suffit ensuite à l'expulsion de l'enfant. C'était une fille, pesant sept livres, et qui ne donna aucun signe de vie. La mère, après la délivrance, se trouva un peu faible, mais n'éprouva aucun accident; les suites de couches furent naturelles, et huit jours après, elle quitta la Maternité en bon état.

La tête du fœtus avait les diamètres suivants : D. occipito-frontal, 4 pouces 1/2. D. bipariétal, 3 pouces 1/2. D. occipito-mentonnier, 5 pouces. Ecchymose et excoriation à la tempe gauche, au niveau de la fontanelle dite de *Casserius* (petite fontanelle antérieure et inférieure). Épanchement sanguin abondant à la surface du crâne. Le pariétal gauche avait fortement chevauché, particulièrement en avant, sur le droit; pareil chevauchement existait à la moitié gauche de la suture lambdoïde. Le temporal droit était luxé en dehors, et la fontanelle antérieure et inférieure se trouvait par là notablement agrandie. Trois fissures existaient au pariétal gauche : la plus longue (1 pouce 1/2) s'étendait de la bosse pariétale à la suture sagittale; la seconde (1 pouce) partait du bord antérieur de l'os et se dirigeait en arrière vers la bosse pariétale; la troisième (4 lignes) se trouvait à quelque distance au-dessus de la seconde. Enfin, il y en avait une quatrième sur le frontal, audessous de l'ecchymose signalée plus haut. Elle avait un pouce de longueur, et s'étendait horizontalement en avant vers la bosse coronale. Quand on pressait

fortement le crâne, on voyait sourdre du sang en grande quantité à travers les fissures. Siebold donne une bonne figure de cette tête de fœtus.

Le docteur Begasse de Belzig a publié, dans *Berl. Medic. Zeitung* 1841, numéro 37, une observation de fracture des os du crâne produite par les contractions utérines. Cette observation manque malheureusement des détails les plus importants, sur le nombre, le siége, la longueur, la direction des fractures. Ce qui, dans cette observation, nous intéresse particulièrement pour notre sujet se borne, dans le récit de l'auteur, à ce qui suit :

IIe OBSERVATION.—Paysanne de 40 ans, déjà trois fois accouchée, par le secours de l'art, d'enfants morts d'une grosseur extraordinaire. Quatrième accouchement spontané, mais très long, très pénible, accompagné d'un spasme opiniâtre de l'utérus. Enfant d'un volume énorme. Os du crâne désunis et fracturés en plusieurs endroits. L'auteur ajoute plus loin (et c'est tout ce qu'il dit à cet égard de plus précis) : sans la fracture des deux pariétaux et de l'occipital, le travail n'eût pu se terminer que par la perforation du crâne. La mère, après quelques accidents, se trouva rétablie au bout de trois semaines.

Dans les observations qui précèdent, les os étaient fracturés, mais non enfoncés en même temps au niveau même de la fracture. Ces fractures, dont quelques-unes au moins peuvent être considérées comme indirectes, ne sont pas les seules qui résultent d'accouchements spontanés. L'observation suivante, qui m'est propre, est un exemple d'une autre espèce, c'est-à-dire de fracture avec enfoncement d'un fragment presque détaché.

IIIe OBSERVATION. — *Rétrécissement du bassin. Neuvième grossesse. Accouchement spontané. Enfant mort. Fracture du pariétal gauche avec enfoncement. Attrition et perforation du col utérin en arrière. Péritonite suraiguë. Mort.*

La nommée V...., ouvrière, d'une petite stature, mais dont la taille et les membres ne sont point déformés, dit avoir eu une enfance exempte de maladies, et ne se rappelle point avoir été nouée. Cette femme, habituellement bien portante, est parvenue au terme de sa neuvième grossesse. Son premier enfant, extrait avec le forceps, naquit mort. Les cinq suivants se présentèrent par le siége ; un seul naquit vivant ; enfin les deux derniers qui présentèrent le sommet furent expulsés spontanément, mais étaient morts-nés. Ils étaient tous, assure-t-elle, assez forts , sans excepter celui même qui est venu au monde vivant. Cette dernière circonstance, sur l'exactitude de laquelle la suite de cette observation est bien propre à faire naître des doutes, ne fut pas la seule qui resta obscure pour nous, faute de renseignements précis, et nous regrettons de ne savoir rien de positif sur la durée, les difficultés, les détails de la terminaison des huit premiers accouchements.

Arrivée à trois heures du soir, le 13 février 1842, à la Maternité, cette femme fut examinée à la salle de réception , et cet examen permit de reconnaître la présence du cordon et d'une main au-dessous de la tête. Le travail se déclara le soir même, à sept heures , et presque aussitôt les membranes se rompirent. Lorsque V. fut amenée à la salle d'accouchement , à neuf heures , on ne sentait plus le cordon ni la main. Les contractions, faibles jusqu'à dix heures, devinrent ensuite plus fortes et plus rapprochées. A minuit la dilatation était complète. A une heure et demie la tête , engagée dans le détroit, était fortement comprimée contre l'angle sacro-vertébral et la symphyse des pubis, et ne s'avançait pas. A deux heures, le méconium s'écoulant, l'auscultation fut pratiquée : on n'entendait plus les battements du cœur. Jusqu'à cinq heures moins dix minutes , les choses restèrent dans cet état, malgré les contractions énergiques de l'utérus et les efforts de la femme. A cinq heures cinq minutes, la tête fut tout à coup poussée jusqu'à la vulve par

une seule contraction ; cinq minutes après elle était expulsée, et le tronc suivit aussitôt. Avant que la tête arrivât jusqu'à la vulve, on avait distinctement senti en arrière que le pariétal gauche était déprimé. Quand la tête acheva de franchir le détroit supérieur, on n'entendit aucun bruit particulier. Pourtant, aussitôt après la naissance de l'enfant, on reconnut qu'il y avait non-seulement dépression, mais encore double fracture à la partie antérieure du pariétal gauche. L'enfant, qui était une fille du poids de trois kilogrammes 250 grammes, ne donna aucun signe de vie.

Pour ne point allonger cette observation de détails étrangers à notre sujet, je me contenterai de dire que deux heures après l'accouchement, des symptômes de péritonite suraiguë se déclarèrent. Bientôt la femme fut dans un état désespéré, qui se termina par la mort, le 16, à sept heures du matin.

A mon arrivée à l'hospice, le 14, j'avais examiné la tête de l'enfant. Elle offrait non-seulement un aplatissement d'un côté à l'autre, un chevauchement des sutures bipariétale et lambdoïde, mais encore une forte dépression du pariétal gauche, dépression oblique de la bosse au bord antérieur de l'os, où elle avait sa plus grande largeur, et d'où elle s'étendait jusque sur la partie voisine du frontal. Du sang était épanché sous le péricrâne au niveau de cette dépression, et il en refluait une certaine quantité de l'intérieur du crâne, par deux fractures partant de la bosse pariétale, et limitant en haut et en bas la partie déprimée. Désirant conserver la tête de ce fœtus, je la laissai entière, et ne constatai point l'état du cerveau au niveau des fractures et de la dépression. Cette tête desséchée offre les dimensions suivantes :

Diamètre occipito-mentonnier.	4	pouces	6 lignes.	
— — frontal	4	—	1	1/2
— bipariétal	3	—	6	
— Sous occipito-bregmatique	3	—	7	

Les os sont épais et durs, les fontanelles petites, les sutures étroites.

Nous avons dit que les deux fractures partaient de la bosse pariétale. En ce point, leurs extrémités ne sont séparées que de deux lignes ; de là elles partent en divergeant, formant les deux côtés d'un triangle dont la base, située au bord antérieur de l'os, a onze lignes d'étendue. La fracture inférieure, qui a dix-huit lignes de long, se continue sur le frontal avec une petite fracture de quatre lignes d'étendue; à l'extrémité antérieure de la fracture supérieure, qui a quinze lignes de longueur, une petite partie du bord du frontal est fracturée et enfoncée. Enfin, au milieu de la base de la surface triangulaire circonscrite entre les deux fractures principales, existe une petite fissure du pariétal, qui s'élève à la hauteur de sept lignes.

L'autopsie de la mère, faite en ma présence, par M. Ducrest, interne de la maison, nous fit reconnaître les altérations suivantes :

Roideur cadavérique assez prononcée; anchylose au coude gauche; quelques tubercules à l'état crétacé au sommet du poumon droit, au bord supérieur de son lobe inférieur, surtout au sommet du poumon gauche, où se trouve aussi une petite masse tuberculeuse en plein état de ramollissement. *Abdomen :* Infiltration de sérosité rougeâtre dans le tissu cellulaire de la paroi antérieure de l'abdomen, principalement au-dessous du pli des aines. Épanchement d'un liquide rougeâtre dans la cavité péritonéale. Injection sous-séreuse des anses intestinales qui avoisinent le petit bassin. Injection fine à la surface externe de l'utérus, particulièrement en arrière. Tissu cellulaire des fosses iliaques et des lombes infiltré de sérosité rougeâtre. Quelques fausses membranes récentes grisâtres à la face convexe du foie, etc. L'utérus, du fond à l'orifice externe, a sept pouces et demi de longueur ; sa plus grande largeur est de trois pouces neuf lignes. Une déchirure circulaire d'un pouce un quart de largeur occupe la partie postérieure au niveau du col; elle ne s'étend pas tout-à-fait jusqu'à l'extrémité de la lèvre postérieure ; quelques

lignes l'en séparent encore. Le vagin est détaché du col à sa partie postérieure dans l'étendue de deux pouces, de sorte que le cul-de-sac recto-utérin du péritoine communique à la fois avec la cavité du col et avec celle du vagin. Les bords de la déchirure du col sont mêlés de gris et de noir, inégaux, ramollis, écrasés. Cette altération est bien évidemment le résultat d'une attrition. Infiltration de sang dans le tissu cellulaire utéro-vésical. Escarres grises à la face postérieure du vagin au-dessous de la déchirure. Phlébite des veines du col utérin. Ligaments larges infiltrés d'un liquide trouble presque purulent.

Mesures prises sur le cadavre de la femme :

	pieds	pouces	lignes	
Taille	4 pieds	2 pouces	» lignes	
Longueur des membres supérieurs	1	11	10	
— — inférieurs	2	»	11	
De la fossette sus-sternale à la symphyse pubienne	1	5	5	
Bassin. — D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre	»	9	»	
De la partie la plus élevée de la crête iliaque d'un côté au point diamétralement opposé	»	9	3	1/2
Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur	»	2	9	
Diamètre bis-iliaque	»	4	4	
— oblique droit	»	4	5	
— oblique gauche	»	4	3	1/2
De l'angle sacro-vertébral à l'émin. iléo-pectinée gauche	»	2	8	
De l'angle sacro-vertébral à l'émin. iléo-pectinée droite	»	2	7	
De l'angle sacro-vertébral au milieu de la branche horizontale du pubis gauche	»	2	10	
— — — droit	»	2	11	
Longueur courbe du sacrum	»	4	8	
Hauteur de la symphyse pubienne	»	»	14	
Diamètre bi-sciatique	»	3	8	
— coccy-pubien dans la plus grande rétropulsion du coccyx	»	4	6	

Si ce fait offre un grand intérêt sous le rapport de la lésion des os du crâne, il n'en présente pas moins sous celui des lésions dont l'utérus et le vagin étaient le siége, et à cet égard il porte avec lui son enseignement. La perforation du crâne de l'enfant eût sauvé la mère, dira-t-on; cela est possible, mais n'est pas certain. Ensuite cette opération n'aurait pu être faite qu'assez tardivement. Ce ne fut qu'après deux heures, lorsque, le méconium s'étant écoulé, on reconnut par l'auscultation que les battements du cœur avaient cessé, qu'on eût pu songer à la convenance de cette opération. Elle n'eût pu être décidée et mise à exécution que par M. Dubois ou par moi, et un certain temps se serait écoulé avant qu'au milieu de la nuit nous eussions pu être avertis et nous rendre à la Maternité. Le mal aurait donc été fait en grande partie, lorsque l'opération destinée à le prévenir aurait été exécutée. Et d'ailleurs le souvenir des accouchements antérieurs, tous, à la vérité, à l'exception d'un seul, malheureux pour les enfants, mais d'ailleurs exempts d'accidents pour la mère, ne devait-il pas engager à temporiser? La mort plus que probable du fœtus n'était-elle pas une raison de plus de confier

à la nature le soin d'une expulsion qu'elle avait jusqu'alors accomplie sans dommages pour la mère?

On comprendra sans peine l'attrition de la partie postérieure du col par la tête de l'enfant fortement pressée contre l'angle sacro-vertébral. Il est peut-être plus difficile de se rendre compte de la désunion de l'utérus et du vagin. L'explication qu'on propose pour les cas de cette espèce est-elle admissible ici? Je me contenterai de la rappeler. Tant que l'orifice utérin n'aura pas été franchi, l'adhérence du col et du vagin aura été respectée; mais il est probable pourtant que déjà la déchirure aura été préparée, tellement qu'après la descente partielle de la tête, les tissus enflammés, ramollis, privés de leur élasticité, auront facilement cédé à l'effort des fibres longitudinales de l'utérus violemment contractées, pendant que le vagin maintenu et comprimé restait par cela même inextensible. (V. *Duparcque, Des ruptures de l'utérus et du vagin.*) Je comprends très bien l'objection qu'on pourrait tirer de l'état du col précisément en arrière, et je ne trouve de point d'appui suffisant aux fibres longitudinales du corps que sur les parties latérales. Les tractions exercées sur les côtés auront-elles suffi pour opérer la déchirure en arrière? S'il en a été ainsi, l'explication conserve la valeur qu'on lui accorde en général; sinon, je dois convenir que la véritable cause m'échappe.

Lorsque la compression exercée par une saillie, telle que l'angle sacro-vertébral, sur un point du crâne, n'opère, à cause de la solidité des os, aucune dépression ou fracture de la partie comprimée, d'autres parties moins résistantes, plus ou moins éloignées, peuvent céder et se fracturer. Ainsi se produisent certainement quelques unes des fissures dont les auteurs ont rapporté des observations. Dans tous ces cas, la fracture a eu lieu bien loin de la surface sur laquelle avait agi la cause fracturante. Je ne connais pas d'exemple de fracture indirecte de la base par compression de la voûte. Il est évident qu'une lésion de cette espèce ne peut avoir lieu que dans la partie la moins résistante de la base; et c'est, en effet, un cas de fracture indirecte de la voûte orbitaire que je vais rapporter. Peut-être, pour rester fidèle à mon titre, aurais-je dû passer cette observation sous silence. En effet, l'accouchement ne fut pas spontané, et la version fut pratiquée. Mais on ne peut disconvenir que relativement aux effets que nous étudions, il y a une grande ressemblance, sinon une identité parfaite, entre l'action d'une force qui pousse la tête à travers le bassin de haut en bas (contractions utérines), et celle d'une force qui, par des tractions dans le même sens, l'entraîne à travers le même canal (mains de l'accoucheur). Considérant donc que la nature pourrait opérer elle-même précisément ce que l'art a produit, j'ai pensé que cette observation ne serait point déplacée dans ce mémoire, et qu'elle pourrait, en attendant, prendre place dans les archives de la science. A plus forte raison aurais-je dû la rapporter, s'il est vrai, comme j'espère le démontrer, que la lésion qu'on serait tenté d'attribuer à l'art, a été produite par les seuls efforts, les efforts extrêmement violents auxquels la femme s'est livrée sans succès. L'observation serait bien longue si je voulais la donner toute entière. Je me contenterai d'en extraire ce qui importe à notre sujet, et je me borne d'autant plus volontiers à cet extrait que l'occasion se présentera plus tard de la reprendre à propos d'un autre point fort important d'obstétrique.

IV

IVe OBSERVATION.—*Rétrécissement du bassin. Version. Fracture indirecte de la voûte orbitaire droite.*

La nommée Gr., vingt-huit ans, dont le diamètre sacro-pubien n'avait que trois pouces deux lignes, et qui prétendait néanmoins être accouchée deux fois naturellement, était à la salle des accouchements depuis le 5 septembre 1842. A six heures du matin; l'enfant présentait le sommet en deuxième position. Le 6, à dix heures, les contractions utérines les plus violentes n'ayant pu faire avancer la tête, je me décidai, à cause de circonstances que je crois inutile pour le moment de

mentionner, à pratiquer la version. Cette opération fut facile; les deux pieds furent saisis ensemble et amenés en même temps dans le vagin. Le tronc fut extrait sans peine en première position des pieds. Le dégagement du bras droit offrit seul quelques difficultés, après quoi la tête céda à quelques tractions modérées.

L'enfant né dans un état de mort apparente fut ranimé par l'emploi des moyens ordinaires, et particulièrement par l'insufflation. Une demi-heure après il cria un peu, mais il succomba au bout de quelques heures. Au moment de la naissance, on avait remarqué un léger surbaissement des os du côté droit de la voûte. La partie antérieure et supérieure du pariétal surtout semblait avoir perdu de sa voussure. Tout le côté droit supérieur de la face était d'un rouge intense; les paupières de ce côté étaient boursoufflées, violettes, rapprochées, et l'enfant ne put les écarter lorsqu'il commença à ouvrir celles du côté gauche.

L'enfant pesait quatre kilogrammes ; sa tête offrait les dimensions suivantes :

Diamètre	occipito-mentonnier............	4 pouces	10 lignes.
—	occipito-frontal.................	4	5
—	bipariétal......................	3	6
—	sous occip. bregmatique........	4	5

A l'autopsie le pariétal droit était encore sensiblement aplati. Du sang épanché ou infiltré existait tant à gauche qu'à droite dans le tissu cellulaire filamenteux épicrânien. A droite, au niveau de la partie inférieure du pariétal, le péricrâne était décollé et du sang liquide était épanché au-dessous. La suture écailleuse était en partie désunie, et, dans ce point, du sang liquide paraissait venir de l'intérieur du crâne. La dure-mère était en effet décollée dans une étendue à peu près égale au décollement du péricrâne, et du sang liquide ou en partie coagulé se trouvait entre elle et la surface interne de l'os. Le cerveau et le cervelet étaient fortement congestionnés, mais il n'y avait nulle part d'épanchement sanguin. La substance cérébrale était intacte ; on remarquait seulement un peu d'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne.

L'altération la plus notable, au moins la plus importante pour le sujet qui nous occupe, était une fracture de la voûte orbitaire droite. Cette fracture, qui commence en avant presque au trou sus-orbitaire , se dirige de là obliquement en dedans vers la suture fronto-ethmoïdale, où elle se termine ; elle a sept à huit lignes d'étendue. A trois lignes de son extrémité antérieure existe une petite fracture transversale qui se dirige en dehors dans l'étendue de deux lignes. Un peu en arrière de cette seconde fissure et parallèlement à elle, l'os offre une sorte de pli, une dépression transversale très peu profonde, de cinq lignes environ de longueur. Il n'existe au niveau de cette fracture, soit au-dessous de la dure-mère, soit au-dessus du périoste de la voûte orbitaire, qu'une extrêmement petite quantité de sang. Le tissu cellulaire de l'orbite n'offre rien de particulier; celui des paupières est légèrement infiltré de sérosité rosée. Au niveau de la bosse frontale droite existe une dépression très petite, très étroite, qui semble être le résultat d'une pression exercée contre un corps anguleux. Cette dépression n'intéresse que la partie superficielle du tissu osseux. Rien n'apparaît à la face interne de l'os.

J'ai dit précédemment qu'il me semblait que la version et l'extraction de l'enfant étaient étrangères aux lésions observées sur le crâne. Si l'on considère, en effet, la facilité de l'extraction et particulièrement de l'extraction de la tête, on ne saurait attribuer à cette opération la fracture de la voûte orbitaire. Si, au contraire, on remarque que la tête, en seconde position du sommet, a été, pendant plusieurs heures, poussée avec violence et maintenue immobile sur le détroit supérieur sans pouvoir le franchir, que le côté droit du front est resté appliqué, pressé contre l'angle sacro-vertébral, on ne pourra, ce me semble, s'empêcher d'attribuer à cette pression le petit enfoncement observé au niveau de la bosse coronale droite

ainsi que la fracture qui s'est opérée, indirectement et à cause de l'extrême résistance du point comprimé, à la voûte orbitaire. Ce que je viens de dire ne m'empêche pas, au reste, de faire la part de l'art; et je crois bien que l'aplatissement observé au côté droit du crâne doit être à peu près exclusivement attribué aux efforts d'extraction.

L'observation qui suit est fort différente de celles que je viens de rapporter. La femme avait le bassin bien conformé; nul obstacle insolite n'existait dans les parties molles; et si les os ont été brisés, il faut l'attribuer à une fragilité excessive résultant d'une ossification incomplète. Les pariétaux, les seuls des os du crâne sur lesquels j'ai observé cette disposition, offrent quelquefois des plaies arrondies, ovalaires ou irrégulières, au niveau desquelles le tissu osseux est réduit à une couche très mince. Cette couche, dans laquelle on ne reconnaît point de fibres rayonnées, ne peut être mieux comparée qu'à une mousseline légère à mailles excessivement fines. L'os est dans ces points très fragile. Lorsque ces espaces faibles sont isolés et distants, le soutien qu'ils reçoivent des parties voisines plus solidement ossifiées les préserve de toute lésion sérieuse; lorsqu'ils sont plus rapprochés, et disséminés au milieu d'une surface où la disposition rayonnée persiste, mais où la raréfaction du tissu osseux est sensible, l'os peut se briser sous un effort médiocre. C'est ainsi sans doute que les choses se sont passées dans le cas suivant.

V^e Observation. — *Bassin bien conformé. Ossification incomplète des pariétaux. Accouchement spontané. Enfant à terme mort-né. Fractures multiples et irrégulières à la partie supérieure des deux pariétaux. Epanchement sanguin au-dessus et au-dessous de ces os.*

Une domestique, âgée de 22 ans, d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne, bien conformée, enceinte de son premier enfant et à terme, ressentit les premières douleurs de l'enfantement, le 22 juillet 1842, à une heure du matin. A neuf heures elle arriva à la Maternité, et fut aussitôt reçue à la salle des accouchements. A cette époque, on trouva l'orifice souple, mince, dilaté de dix lignes environ. Les membranes étaient entières, les contractions faibles. La tête se présentait en première position du sommet. L'angle sacro-vertébral n'était point accessible au doigt. Bien que les douleurs fussent devenues plus fortes dans la journée, la dilatation n'avait pas encore fait de progrès sensibles dans la soirée, et les membranes restant constamment tendues sans s'engager à travers le cercle utérin; on se décida à les rompre, à six heures du soir. Il ne s'écoula pas plus de deux cuillerées de liquide. Les douleurs devinrent plus vives, plus régulières, plus franchement intermittentes, et, à neuf heures, la dilatation était complète. Bientôt la tête franchit l'orifice, s'avança rapidement à la vulve, et à dix heures l'enfant fut expulsé. Il était mort, mais n'avait certainement cessé de vivre que depuis peu de temps; car, un quart d'heure avant la terminaison de l'accouchement, l'auscultation avait constaté des battements du cœur forts et réguliers. L'enfant pesait trois kilogrammes 875 grammes. La surface du corps était violacée.

On reconnut aussitôt que des fractures nombreuses existaient au sommet de la tête, des deux côtés de la suture bipariétale.

A l'autopsie du cadavre, je constatai que le péricrâne était détaché sur les deux côtés de la suture bipariétale, particulièrement en arrière; que du sang liquide était épanché au-dessous; que les deux pariétaux offraient, parallèlement à la suture, une série de fractures irrégulières au-dessous desquelles le sang épanché sous le péricrâne avait pénétré; il formait une couche mince sur la dure-mère, décollée d'un demi-pouce à droite et à gauche. Le système vasculaire cérébral était congestionné, les sinus veineux surtout gorgés de sang; mais aucun épan-

chement sanguin n'existait soit à la surface supérieure, soit dans les scissures, soit à la base du cerveau, non plus qu'à la surface du cervelet. La masse encéphalique ainsi que les divers organes de la poitrine et de l'abdomen étaient sains. Le développement était parfait et la conformation partout régulière.

En examinant de nouveau ces fractures, sur la pièce desséchée, on voit qu'elles se sont opérées dans le tiers supérieur des deux os, où le tissu présentait les conditions de raréfaction que nous avons indiquées précédemment. Suivant une direction générale d'avant en arrière, à distance à peu près égale de la suture (sept à huit lignes), elles sont onduleuses, irrégulières, déchiquetées, et, dans quelques points, la macération a enlevé quelques petites parties de ce délicat tissu de mousseline que nous avons décrit.

Les fractures n'ont point été produites par une pression directe. On ne peut guères s'en rendre compte, ce me semble, qu'en admettant qu'elles résultent d'un effet de pression latérale qui, après avoir fait chevaucher les deux pariétaux, aura tendu à augmenter leur courbure et les aura fait céder dans les points les plus faibles. Ce sont donc des fractures indirectes.

Quant à savoir si elles sont bien la cause de la mort du fœtus, c'est une question plus difficile à résoudre. Chez l'adulte les fractures du crâne n'ont point de gravité par elles-mêmes, mais bien par les accidents qui les compliquent primitivement ou consécutivement. Sans doute il existait ici décollement du péricrâne et de la dure-mère et épanchement de sang sur les deux faces des os; mais il n'y avait aucune trace d'épanchement à l'intérieur des membranes, à la surface ou dans l'épaisseur de l'encéphale, aucune de ces lésions enfin qui compromettent immédiatement la vie. L'autopsie des fœtus qui succombent pendant le travail de l'accouchement ne révèle pas toujours la cause de la mort, et si elle arrive quelquefois sans altérations matérielles appréciables, ne suffit-il pas de celles que nous avons constatées ici pour rendre raison du résultat?

Les dépressions plus ou moins longtemps persistantes que les os du crâne éprouvent au passage de la tête à travers un bassin rétréci rentreraient sans contredit dans notre sujet, s'il était démontré qu'elles ne peuvent exister sans fractures. Abstraction faite de ces aplatissements et de ces enfoncements qui disparaissent très promptement par la seule élasticité du tissu osseux, il n'existe peut-être pas d'exemple bien avéré de dépression persistant pendant quelque temps et qui ne fût pas compliquée de fracture soit à la table interne, soit dans le voisinage de la partie déprimée. Le redressement graduel quand les sujets ont survécu et l'absence d'accidents ne sont pas des preuves sans réplique. En tous cas, la coexistence de fractures dans le cas suivant où la dépression semblait exister seule rattache ce fait à notre sujet, et l'observation est trop curieuse pour que nous ne la donnions pas avec les détails convenables.

VI^e^ OBSERVATION.—*Deuxième grossesse.—Rétrécissement du bassin.—Accouchement spontané. — Dépression considérable et double fracture du pariétal gauche. — Enfant vivant et d'ailleurs en bon état, mort dix-huit jours après sa naissance d'un muguet confluent compliqué d'entérite.*

La nommée Bras...., âgée de 24 ans, petite, mais bien conformée, a toujours été bien portante, dit avoir marché de bonne heure, et ne présente dans son squelette aucune trace de rachitisme. Elle est accouchée une première fois naturellement d'un enfant qui n'était pas tout-à-fait à terme, mais très viable et qui a vécu.

Le travail avait duré quarante-huit heures. Il ne fut rien observé de particulier sur la tête de cet enfant au moment de sa naissance.

Le 11 juin 1842 à cinq heures du soir, cette femme, en travail depuis trente-une heures, entra à la Maternité. Les contractions étaient faibles, l'orifice peu dilaté, les membranes entières, la tête élevée (1^re^ position du sommet). Ce ne fut

qu'un peu plus tard qu'on reconnut la projection de l'angle sacro-vertébral. A huit heures et demie, la dilatation de l'orifice de l'utérus était complète, les membranes se rompirent, et les contractions devinrent plus énergiques. Sous l'influence de ces contractions, la tête poussée sur le détroit supérieur y resta appliquée et à peine engagée pendant plus d'une heure. Tout-à-coup, deux contractions excessivement fortes firent descendre la tête, qui parvint à la vulve immédiatement après. L'expulsion de l'enfant se fit alors avec rapidité. Il naquit un peu étonné, mais fut ranimé tout de suite. Il était bien développé, paraissait à terme (la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 21 septembre). Il pesait trois kilogrammes. Le pariétal gauche était profondément déprimé. Lorsque je vis cet enfant le lendemain matin, il existait un peu de gonflement pâteux au niveau de la dépression et un peu de rougeur du cuir chevelu. J'examinai cette dépression avec beaucoup de soin; et je constatai qu'elle occupait une surface irrégulièrement circulaire, de deux pouces de diamètre antéro-postérieur et vertical ; qu'en avant elle s'étendait jusqu'à la suture fronto-pariétale, en haut jusqu'à quatre lignes de la suture bi-pariétale, en bas à un pouce de la partie supérieure du pavillon de l'oreille ; en arrière, à dix-sept lignes de la fontanelle postérieure. Le point correspondant à la bosse pariétale était au niveau de la partie postérieure et supérieure de la dépression. La partie la plus profonde de la dépression était à quatre lignes au-dessous de la partie non déprimée. La surface déprimée était solide ; sa largeur, ainsi que l'absence de toute mobilité, de toute crépitation, excluaient l'idée de fractures concomitantes. Nous verrons cependant que les os n'étaient pas intacts.

Les mesures prises sur la tête de l'enfant donnaient les résultats suivants :

	pouces	lignes	
Diamètre occipito-mentonnier	4	6	1/2
— occipito-frontal	4	2	
— sous-occipito-bregmatique	3	9	1/2
Du centre de la dépression à gauche à la partie inférieure du pariétal droit	2	9	1/2
De la bosse pariétale droite à la partie inférieure du pariétal gauche, immédiatement au-dessous de la dépression	3	4	

Voici, d'un autre côté, les mesures prises chez la mère, qui sortit parfaitement rétablie au bout de quelques jours.

	pieds	pouces	lignes.	
Hauteur du corps	4	2	»	
Longueur des membres supérieurs	1	10	»	
— — inférieurs	2	2	4	
— de la main	»	5	10	
— du pied	»	6	4	
Tête. — Diamètre occipito frontal	»	6	5	
— bi-pariétal	»	5	5	
— fronto-mentonnier	»	6	6	
Bassin. — D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre	»	8	10	
De la partie la plus élevée de la crête iliaque d'un côté au point diamétralement opposé	»	9	3	1/2
Diamètre sacro-pubien (par le toucher vaginal	»	3	4	
Diamètre sacro-pubien (par le compas d'épaisseur de Baudelocque)	»	3	3	

L'enfant fut un peu souffrant et abattu le surlendemain de sa naissance, et refusa de téter ; mais cet état ne fut que passager, et sa santé ne cessa pas d'être

très bonne sous tous les rapports tant qu'il resta à la Maternité. Lorsqu'au bout de huit jours il fut transporté à l'hospice des Enfants-Trouvés, la dépression n'avait pas diminué; elle semblait même avoir augmenté, apparence trompeuse qui dépendait de la disparition du gonflement pâteux des téguments.

Peu de temps après son entrée à l'hospice des Enfants-Trouvés, l'enfant fut pris d'un muguet confluent compliqué d'entérite, et succomba le 29 juin, à 10 heures du soir, dix-huit jours après sa naissance.

L'autopsie, à laquelle j'assistai, démontra que la dépression ne s'était pas relevée, que le cerveau était déprimé dans une étendue correspondante à la dépression du pariétal, mais n'avait pas d'ailleurs subi la moindre altération. Il n'y avait ni déchirure ni ramollissement, pas même d'injection de la substance cérébrale. La dure-mère était également parfaitement intacte et tout-à-fait saine. Deux fractures qui n'avaient pu être soupçonnées pendant la vie existaient au pariétal, toutes deux partant de la circonférence de la dépression et aboutissant à la suture sagittale, l'une postérieure et oblique, qui avait quinze lignes de longueur, l'autre presque verticale, se terminant à la partie moyenne du bord supérieur de l'os, et qui n'avait que sept à huit lignes d'étendue. Les bords de ces deux fractures étaient écartés d'une ligne environ, et l'intervalle était rempli par un tissu osseux de nouvelle formation, très mince et très délié. Enfin, une toute petite fissure de trois lignes partant de la partie antérieure et inférieure de la dépression allait se terminer au bord antérieur de l'os.

Quoique les os du crâne soient uniformément minces, facilement dépressibles et assez élastiques, on fracturerait plutôt la partie déprimée qu'on ne parviendrait à la relever. La solidité de cette portion a été augmentée par le dépôt, sur les deux faces, d'une nouvelle couche osseuse, assez régulière à l'extérieur, moins à l'intérieur, plus épaisse au niveau des parties les plus déprimées. Cette apparition de tissu osseux nouveau, conforme à certaines lois d'ostéogénie pathologique, pourrait faire la matière de quelques réflexions intéressantes, que je néglige en ce moment pour ne pas m'écarter de mon sujet.

Je ne veux pas non plus entrer ici dans de trop grands détails sur le genre de rétrécissement du bassin qui existait chez la mère de l'enfant. Tout ce que j'ai dit et les mesures que j'ai données me portent à croire qu'il s'agissait ici d'un bassin « *simpliciter justò minor.* »

Les détails que j'ai donnés sur la conformation du bassin, dans l'observation qu'on vient de lire, ne laissent point de doute sur la cause de l'enfoncement du pariétal. Mais un rétrécissement plus ou moins considérable au détroit supérieur est-il seul capable de produire la dépression de l'un des os du crâne? L'observation suivante me paraît digne d'être rappelée, parce qu'elle montre la possibilité d'une dépression dans le cas même où le bassin n'est ni vicié ni rétréci par obstruction. Je l'emprunte à Siebold, qui l'a consignée au tome IX de son journal (p. 79).

VIIe OBSERVATION.—Amélie K..., 27 ans, primipare, dont l'utérus offrait une obliquité antérieure très prononcée, fut prise des douleurs de l'accouchement le 25 décembre, à 2 heures du matin. Le 26, l'insuffisance des efforts maternels rendit l'application du forceps nécessaire. La tête fut extraite sans peine, et l'on remarqua alors pour la première fois que l'un des bras s'était engagé en même temps. L'enfant, qui était une fille à terme, naquit dans un état de mort apparente, mais fut rappelé à la vie par l'emploi de moyens énergiques. Elle offrait au côté droit du front, près de la fontanelle antérieure, une dépression considérable, qui ne pouvait résulter que d'une pression exercée, soit par la saillie sacro-vertébrale, soit par le coude même de l'enfant. Or, la bonne conformation du bassin rendait cette dernière supposition plus que probable. La dépression disparut

peu à peu, et le 17 janvier, lorsque la mère emmena son enfant, il ne restait presque plus de trace de l'enfoncement.

Peut-être n'aurais-je point dû, à propos des lésions des os du crâne dans des accouchements spontanés, citer un cas où l'application du forceps avait été faite. Il ne viendra à l'esprit de personne, je l'espère, d'attribuer au forceps la dépression observée sur la tête de l'enfant. Cette application fut simple et facile, et sans doute si l'utérus, mieux dirigé et plus énergique, eût seul poussé la tête au dehors, le résultat eût été le même. Le forceps est ici simplement venu en aide à l'utérus. Il est d'ailleurs probable que la dépression s'est opérée graduellement pendant ces efforts impuissants de la matrice, qu'elle était au moins commencée avant l'extraction, et que celle-ci n'a fait que la rendre plus considérable.

Je suis bien loin de penser que j'aie étudié, sous tous leurs rapports, les fractures des os du crâne du fœtus, résultant d'accouchements spontanés. C'est un sujet que de nouvelles observations peuvent seules élucider complètement. Si je ne savais que le hasard rapproche quelquefois les cas curieux et rares du même genre, je serais tenté de croire, d'après les quatre faits que j'ai observés en une seule année, que ces lésions sont plus fréquentes que le silence de la plupart des recueils scientifiques ne le ferait présumer. S'il en était ainsi, les occasions ne manqueraient pas de recueillir bientôt les matériaux d'une histoire complète. Ce que je donne aujourd'hui est une simple contribution à cette histoire, qui pourra être reprise plus tard et qui exige surtout de nouvelles études pour être convenablement exposée sous l'une de ses faces les plus importantes, sous le rapport médico-légal.

Note sur une nouvelle thérapeutique des tumeurs blanches ; *par* M. Malgaigne.

Dans la chaire de clinique où j'ai l'honneur de remplacer momentanément M. J. Cloquet, j'ai trouvé çà et là l'occasion de produire quelques idées générales sur la thérapeutique chirurgicale, et notamment sur les sources des indications. Je ne veux point ici essayer l'exposition prématurée d'une doctrine qui touche aux plus hautes questions de la science et de l'art ; et il vaut mieux peut-être, avant d'en indiquer les prémisses, la présenter d'abord dans quelques-unes de ses applications. L'arbre sera ainsi d'avance jugé par les fruits qu'il aura portés. Cette courte note sera donc uniquement consacrée à la thérapeutique des tumeurs blanches.

On sait combien de traitements de toute espèce ont été dirigés contre ces affections opiniâtres ; traitements locaux, traitements généraux, médications raisonnées, médications empiriques. Celui qui compte à présent le plus de partisans est le traitement antiphlogistique et révulsif ; des sangsues, des ventouses scarifiées, des bains, des cataplasmes pour calmer l'excitation inflammatoire ; puis quand l'état chronique est arrivé, des vésicatoires, des cautères, des moxas, etc. De très habiles chirurgiens disent avoir ainsi obtenu des succès nombreux ; mais si l'on considère la durée de la maladie et du traitement, on se prend à douter si les succès annoncés ne seraient pas dus surtout au temps et à la nature. En ce qui me concerne, je dois déclarer que je n'ai vu nulle part un seul exemple de guérison manifestement dû à ce qu'on pourrait appeler le traitement raisonné ; et qu'il n'a pas réussi une seule fois entre mes mains. J'ai eu quelquefois à me louer davantage de certaines médications empiriques, et notamment du calomel à hautes doses à la méthode d'O'Beirn ; mais plus souvent peut-être j'ai vu le calomel échouer.

Après avoir longuement médité sur ces tristes résultats, obligé de reconnaître, avec M. Velpeau, *que tout ou presque tout au moins est à revoir sur cette matière*, je me suis demandé si véritablement les indications dites rationnelles avaient été

bien saisies, et de quel droit nous appliquions sur ces engorgements articulaires des sangsues et des révulsifs. Ce n'était pas par le droit de l'expérience acquise; car, je le répète, tout ce que j'ai vu de l'emploi de ces moyens m'a laissé intimement convaincu de leur inefficacité. C'était donc en vertu de la théorie; mais cette théorie était-elle bien assise elle-même? Parce qu'il y a, au début de la plupart des tumeurs blanches, une inflammation assez manifeste, avait-on recherché seulement si cette inflammation était de celles qui réclament les émissions sanguines? Pas le moins du monde; tout au contraire, il y a là fort rarement un grand afflux sanguin; et c'est l'afflux sanguin qui, en théorie, réclame directement les saignées et les sangsues.

En réalité, cette inflammation, dans son principe, n'est pas très vive; très rarement elle aboutit à la suppuration; pourquoi donc ne se résout-elle pas spontanément, comme beaucoup d'inflammations simples abandonnées à elles-mêmes? Ne serait-ce pas parce que la nature n'est pas libre d'agir, qu'elle est tourmentée par les imprudences des malades, et peut-être aussi par le traitement tumultueux des chirurgiens? La condition la plus essentielle pour la résolution de toute phlegmasie, c'est le repos de l'organe affecté; et, pour les tumeurs blanches mêmes, les chirurgiens recommandent avant toutes choses le repos absolu; mais comment ce repos est-il garanti? Et avant de prétendre aider ou corriger la nature, ne fallait-il pas s'assurer exactement qu'elle ne se suffirait pas à elle-même?

Ces idées avaient une origine plus haute, mais qu'il est superflu d'indiquer en ce moment. Dans tous les cas, elles avaient besoin de la sanction de l'expérience; je crois être, dès à présent, en droit de dire que cette sanction ne leur a pas manqué.

Depuis que j'ai pris le service de M. J. Cloquet, il est entré un certain nombre d'affections articulaires avec les douleurs et l'engorgement blanc qui leur font donner le nom de tumeurs blanches à l'état aigu.

Nous avons eu un homme de soixante-cinq ans, affecté d'une arthralgie scapulo-humérale déjà traitée dans un autre service; les douleurs persistaient; et il y avait de plus roideur articulaire très prononcée, avec paralysie du deltoïde et contracture des muscles de l'aisselle. Je fis appliquer, durant quelques jours, des cataplasmes, après quoi je m'en tins au repos absolu. Il suffit de huit jours pour enlever toutes les douleurs, après quoi nous nous occupâmes de l'ankylose; et il est sorti le trente-cinquième jour, élevant le bras presque à la même hauteur que celui du côté sain; mais conservant cependant dans l'article un craquement qui semble attester la disparition des cartilages articulaires.

Nous avons eu une jeune fille de dix-sept ans, affectée d'une ancienne coxalgie, qui avait laissé pour traces une fausse ankylose avec raccourcissement de deux centimètres; et, depuis quelques semaines, la douleur avait reparu à la hanche et au genou assez forte pour ôter le sommeil. Un vésicatoire volant adoucit la douleur; le repos absolu acheva la cure en quelques jours, et nous avions déjà commencé à rompre l'ankylose quand la malade quitta l'hôpital.

Dans ces deux cas, le cataplasme d'un côté, le vésicatoire de l'autre, se surajoutant au repos, pouvaient laisser dans l'esprit des élèves quelques doutes sur la cause réelle de la guérison; j'ai voulu dans tous les autres cas qui se sont présentés m'en fier au repos seul du soin de la cure; et il ne s'est donc agi que des moyens de maintenir le repos.

Un homme de quarante-huit ans est entré le 12 janvier pour une coxalgie commençante avec de vives douleurs au genou et au pied tout à la fois, qui lui avaient ôté le sommeil. Les deux membres furent liés ensemble à l'aide de cravates passées autour des pieds, des jambes et des cuisses; dès la première nuit, le sommeil revint; dès le cinquième jour, nous le trouvâmes à la visite n'accusant plus aucune douleur.

Un autre portait depuis quarante-cinq jours une tumeur blanche du genou avec déviation du tibia en dehors, et des douleurs telles que dans tout ce temps il n'avait pas dormi une demi-heure de suite. Je le fis placer sur un double plan incliné suffisamment garni; dès le lendemain, la diminution du gonflement était frappante; le sommeil était un peu revenu; dès le dixième jour, il dormait de cinq à six heures par nuit.

J'en pourrais citer plusieurs autres déjà traités dans divers hôpitaux infructueusement; et particulièrement un jeune homme ayant une véritable hypertrophie des éléments osseux du genou, avec abcès fistuleux, vives douleurs, flexion de la jambe à angle droit; il était entré décidé à subir l'amputation de la cuisse. Dès à présent il a perdu toutes ses douleurs, de telle sorte que nous avons pu déjà ramener la jambe à un angle de cent quarante degrés; les fistules semblent tendre à se tarir; bien plus, un abcès que j'avais été obligé d'ouvrir, et qui siégeait au milieu d'un tissu cellulaire mollasse, saignant, dégénéré, comme on en rencontre dans certaines tumeurs blanches, qui dès-lors passent généralement pour incurables; cet abcès, pansé seulement tous les huit jours, s'est parfaitement comblé et ne présente plus qu'une surface suppurante de l'aspect le plus favorable.

Je me borne, quant à présent, à cette rapide énumération; mon but est uniquement d'appeler l'attention des praticiens sur cette thérapeutique nouvelle, qui a déjà donné et qui promet de si beaux résultats. Toutefois, je ne mettrai pas fin à cette note sans donner au moins dans tous ses détails l'une des plus curieuses observations du service; elle a été recueillie avec le plus grand soin par M. Dequevauvillers.

La nommée Luxembourg, domestique, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, à Paris depuis dix-huit mois, avait toujours joui d'une bonne santé, à part des douleurs d'estomac qui avaient suivi de près son arrivée à Paris. Le 8 novembre 1842, à cinq heures du soir, sans cause connue, elle fut prise d'un frisson prolongé qui l'obligea à se jeter sur son lit sans avoir le temps ni la force de se déshabiller. Elle s'endormit vers sept heures, et fut réveillée à minuit par de vives douleurs occupant presque toutes les articulations; les deux poignets, les deux genoux, les deux coude-pieds étaient pris. La douleur était supportable dans les deux coude-pieds et au genou gauche, et n'y dura que deux jours; mais elle persista dans les autres jointures; on pratiqua une saignée abondante; on appliqua cinq sangsues à chaque poignet, et sur le genou droit. L'inflammation des poignets diminua peu à peu, et au bout de trois semaines il n'en restait plus de traces; toute l'affection se trouva donc alors concentrée dans le genou droit. On y mit derechef dix sangsues, puis encore dix autres; on essaya des fomentations, narcotiques; on purgea deux fois la malade, après quoi l'on en vint aux vésicatoires, et l'on en établit successivement quatre autour du genou. La douleur ne faisant que croître et empirer, enfin, le 9 décembre, la malade fut apportée à l'hôpital et couchée salle des femmes, numéro 12. Elle était dans l'état suivant :

La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. Le genou est considérablement tuméfié; le gonflement commence presque subitement à huit centimètres au-dessus du centre de la rotule, et finit de même à sept centimètres au-dessous; la jambe est notablement amaigrie. La circonférence des deux membres était dans le rapport suivant :

	memb. malade.	memb. sain.
A 7 centimètres au-dessus du centre de la rotule......	0, 38 c.	32
Au niveau du centre de la rotule......................	40	35
A 5 centimètres au-dessous............................	34	29

On sentait de la fluctuation sur les côtés de la rotule, mais l'excessive douleur ne permettait pas une exploration complète. Cette douleur, qu'accroissait chaque mouvement, était telle que depuis trois semaines la malade disait n'avoir pas

fermé l'œil, et qu'elle ne restait pas un seul moment sans se plaindre. Le pouls est à cent dix pulsations, la peau chaude, la langue couverte d'un enduit jaunâtre.

On mit la jambe sur des coussins représentant un double plan incliné, et l'on appliqua un cataplasme pour décoller le papier brouillard qui recouvrait les vésicatoires.

Je la vis le 10 décembre à la visite. Les douleurs avaient été tellement vives, qu'elle avait crié toute la nuit, et empêché ses voisines de dormir. Outre les phénomènes relatés, je remarquai que le tibia était déjà sensiblement entraîné en arrière des condyles fémoraux. Les coussins s'étaient affaisés; du reste, le membre n'était pas suffisamment fixé en place. Comme nous n'avions pas encore de plans inclinés, j'établis une masse de coussins plus solide, et je liai les deux jambes l'une à l'autre par trois liens, l'un au pied, l'autre au-dessous du genou, et le troisième au-dessus.—Diète, limonade.

Le 11 au matin, toute l'amélioration consistait en ce qu'elle n'avait fait que pleurer au lieu de crier; cependant elle était assez calme. Mais M. Dequevauvillers ayant cru devoir combattre la constipation qui durait depuis quelques jours, en donnant l'eau de Sedlitz, il y eut six selles qui ravivèrent les douleurs déjà en voie de diminution.

Le 12, pour éviter tout mouvement, on place la malade sur le lit de Daujon, les deux membres attachés l'un à l'autre comme il a été dit, et de plus fixés par deux autres liens au châssis du lit mécanique. Pendant cette installation, les douleurs avaient été excessives; elles diminuèrent peu à peu; à cinq heures du soir, il n'en restait plus de trace, et la malade eut deux heures de sommeil la nuit; c'était, disait-elle, la première fois qu'elle avait si bien reposé depuis l'invasion de la maladie.

Le 13, tout symptôme de réaction a disparu; il n'y a de douleur qu'à la pression et sur les côtés de la rotule. Dans la journée, les liens s'étant relâchés, les douleurs reparaissent; on les resserre, le calme revient; sommeil toute la nuit.

Le 14, continuation du mieux. Mais la nuit suivante, l'une des cordes auxquelles est suspendu le châssis s'étant rompue, la secousse détermina une douleur si vive, que la malade faillit tomber en syncope et eut plusieurs heures de délire. Toutefois, le lendemain matin, tout était rentré dans l'ordre.

Le 16, le gonflement paraît tellement diminué, qu'on juge nécessaire de le constater par une mensuration nouvelle. On trouve donc :

A 7 centimètres au-dessus de la rotule.....	37 centim.; diminut.	1 centim.
Au niveau du centre de la rotule..........	38	2
A 5 centimètres au-dessous..............	33	1

L'appétit se prononce; une portion.

Je ne veux pas suivre, jour par jour, les progrès de l'amélioration; il suffit de dire que les douleurs ne revenaient que par des mouvements intempestifs, et laissaient les nuits presque entièrement tranquilles. Le 20, de nouvelles mensurations donnèrent à peine un centimètre de diminution; le gonflement paraissait tenir surtout à une accumulation de liquide dans la synoviale.

Le 22, il avait considérablement décru : on peut en juger par les chiffres suivants :

A sept centimètres au-dessus de la rotule...........	33 centimètres.
Au niveau de la rotule..............................	37
A cinq centimètres au-dessous......................	30

Le 23, nous eûmes enfin un double plan incliné, que l'on pouvait fléchir ou étendre à volonté, au moyen d'une attelle latérale, jouant à la façon d'une crémaillère. Le membre, que la malade pouvait déjà soulever en masse, était fléchi à angle de cent cinq degrés; comme je voulais l'alonger quelque peu, une imprudence de

l'aide porta brusquement l'angle à cent vingt degrés. Il y eut une douleur très aiguë qui continua tout le jour, en sorte que vers le soir on ramena l'appareil et le membre tout ensemble à cent quinze degrés. Une heure après, les douleurs avaient disparu; et la nuit en ayant ramené quelques-unes, la malade les éluda en desserrant le lien qui pressait sur le genou. Le lendemain, je rétablis la pression, mais en prenant soin qu'aucun point du jarret ne portât à faux.

Le 25, l'angle fut ouvert à cent vingt-cinq degrés ; alors on s'aperçut d'une rotation anormale de la jambe en dehors, qui avait été masquée par la flexion du membre. On essaya vainement d'y remédier.

Le 26, l'angle est porté à 130°; le 29, à 135°; le 31, à 145°; le 3 janvier, à 150°. Nous ne pûmes dépasser ce terme ; la flexion était alors plus apparente que réelle, et dépendait de la semi-luxation de la jambe en arrière du fémur. En effet, le membre était aussi long que l'autre ; dès le 5 janvier, la malade essaya avec succès de le fléchir volontairement elle-même ; le 9 janvier, elle marcha avec deux béquilles ; le 10, avec une seule ; et le 15, je la faisais marcher et même un peu courir dans la salle en la tenant seulement par le petit doigt. La jambe était encore faible, mais sans douleur ; et nous ne gardions la malade que pour assurer jusqu'au bout une guérison plus complète que je n'aurais osé l'espérer moi-même, en considérant surtout le double déplacement de la jambe auquel nous n'avons pas pu remédier.

Un pareil fait parle assez haut, peut-être, pour n'avoir pas besoin de commentaires ; et je le livre volontiers à l'appréciation des praticiens.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

Fin de la discussion sur la ténotomie. *Question de moralité scientifique.*—Lorsque nous rendions compte, il y a un mois, de la fameuse discussion académique sur la ténotomie, il était grandement à présumer qu'elle touchait à sa fin. Les questions de fait étaient épuisées, les questions de principes abandonnées; il ne restait que des questions purement personnelles, qui ont suffi cependant à défrayer encore trois longues séances. Enfin ce qu'on pouvait prévoir est arrivé, une incroyable lassitude a remplacé l'intérêt des premiers jours et la clôture a été réclamée et prononcée malgré la résistance de quelques-uns des interlocuteurs.

Nous n'avons pas grand'chose à ajouter à notre compte-rendu en ce qui concerne les deux faits présentés à l'Académie. M. Bouvier est convenu, avec une loyauté qui l'honore, qu'au cas où l'on serait obligé d'opérer, on y serait un peu plus encouragé par ces faits qu'on ne l'eût été au commencement de la discussion. Néanmoins le doute est resté dans beaucoup d'esprits, et M. Bouillaud, par exemple, a demandé formellement une commission officielle que M. Guérin a cru devoir de nouveau refuser.

Mais il s'est élevé une question de moralité scientifique que nous ne saurions passer sous silence. M. Guérin a défendu la marche qu'il avait suivie; et comme quelques personnes avaient trouvé peu convenable l'appel qu'il avait fait à une commission officieuse ; « alors, s'est-il écrié, comment appeler la démarche faite à mon insu auprès de mes malades, pour infirmer ce que j'avais avancé? comment qualifier cet examen contradictoire clandestin, où je n'avais pas été appelé pour dire ou montrer les motifs de mon jugement et de mes observations contradictoires? »

Il s'agit ici de la démarche faite par M. Bouvier près des deux opérés de M. Guérin, dans le but de vérifier ce qu'il n'avait pu que voir en courant dans la séance académique. M. Guérin s'est servi en cette circonstance d'un argument qui avait été mis en avant par un journal fort soigneux de ce qui touche à la dignité et à l'indépendance des médecins; mais nous craignons qu'il n'y ait eu ici quelque confusion. Certes, aller fouiller dans la pratique privée d'un confrère pour livrer à la publicité ses insuccès, ses erreurs même, ce serait une action à révolter tous les gens de bien. La pratique privée, comme la vie privée, doit être murée. Mais si vous-même vous avez produit vos faits au grand jour, si vous vous en êtes servi pour appuyer une théorie, que dis-je une théorie? une opération réputée

hasardeuse, il faut bien que vous sachiez que vos faits ne vous appartiennent plus, qu'ils sont entrés dans le domaine public et que l'examen et la critique en sont permis à tout le monde. Voilà ce qui est juste et légitime dans les circonstances ordinaires; or ici il n'y avait pas même seulement justice, il y avait nécessité. M. Bouvier se trouvait condamné dans ses opinions par le simple énoncé de ces faits; il avait demandé du moins qu'ils fussent vérifiés par une commission; on le lui avait refusé. En persistant comme il l'a fait, non-seulement nous estimons qu'il était pleinement dans son droit, mais qu'il faut le louer de sa persévérance.

Telle a été notre opinion dès le premier jour. Surpris néanmoins de nous trouver en désaccord avec un organe important de la presse médicale, nous avons désiré connaître le sentiment de nos confrères, et la question a été posée devant une réunion de seize chirurgiens, tous attachés aux hôpitaux de Paris. L'un d'eux avait déjà manifesté une opinion contraire; il y a persisté. Tous les autres, sans nulle réserve, se sont prononcés dans notre sens; et il y aurait un tel péril pour la science à consacrer l'inviolabilité des faits rendus publics, que nous ne doutons pas qu'une réflexion plus approfondie ne ramène nos confrères dissidents au commun avis.

Du traitement des hydarthroses *par l'incision sous-cutanée de la synoviale*, par M. Goyrand.—Les hydarthroses sont une de ces affections, qui, avec peu de gravité en apparence, amènent quelquefois pour le malade une impuissance presque absolue du membre, et résistent avec une opiniâtreté remarquable à tous les efforts du chirurgien. Pour notre part, depuis plusieurs années, après avoir en vain épuisé les traitements plus doux, nous avions eu recours à la ponction par le trocart, à l'aide de laquelle la synovie étant évacuée, la compression et les vésicatoires avaient de meilleures chances pour prévenir le retour de l'épanchement articulaire. Ces ponctions sont tout aussi innocentes que celle de l'abdomen dans l'ascite, et jamais elles n'ont amené le moindre accident; mais leur efficacité est beaucoup moins constante; et après avoir réussi d'abord sur plusieurs sujets, elles échouèrent sur d'autres, de façon à ne nous laisser qu'une confiance très médiocre. Dans cet état de choses, nous avions bien songé à tenter sur la synoviale les incisions sous-cutanées que nous avions appliquées avec tant de succès aux ganglions; mais l'incertitude et le danger du résultat nous arrêtaient, et nous aimions mieux laisser à d'autres le périlleux honneur de la première tentative. M. Goyrand eut ce courage qui nous avait manqué: il délogea, par une incision sous-cutanée, un corps étranger développé dans l'articulation du genou; les résultats égalèrent et dépassèrent peut-être ses espérances, et cette observation longuement méditée avait levé tous nos doutes. L'occasion s'est offerte, dans le cours de l'année précédente, de mettre à exécution nos anciens projets pour la cure de l'hydarthrose, et l'opération a réussi à merveille; mais déjà l'habile chirurgien d'Aix nous avait devancé. Nous publierons plus tard les faits qui nous sont propres; nous ne voulons actuellement que reproduire l'observation de M. Goyrand.

« Augier, cultivateur, âgé de cinquante ans, ayant le genou droit cagneux, tomba sur ce genou en septembre 1841; et l'articulation ayant conservé à la suite de cette chute un gonflement qui allait toujours croissant, il entra à l'hôpital d'Aix le 27 décembre. L'hydarthrose était parfaitement cicatrisée; M. Goyrand l'opéra le 29 décembre; nous le laisserons lui-même exposer son procédé et les résultats.

« Placé à la gauche du malade, je soulève la peau de la cuisse au-dessus de la partie supérieure externe de la tumeur, en un large pli transversal que je donne à tenir à un aide; et pressant de la main gauche sur la rotule et la partie inférieure de la tumeur, pour distendre la partie supérieure, je plonge à travers le feuillet supérieur du pli cutané un bistouri à lame très étroite, tranchante dans une longueur de trois centimètres, et émoussée par la lime de ce point au talon de l'instrument. Glissant mon bistouri sous la peau, je vais inciser à plein tranchant l'aponévrose, les portions externe et moyenne du triceps, et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. L'articulation ainsi ouverte sous la peau, je fais exécuter à mon bistouri un mouvement de semi-rotation sur son axe, qui dirige le tranchant en avant, et je débride de la cavité articulaire vers la peau toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de quinze à dix-huit millimètres. Je retire ensuite le bistouri, et fais lâcher le pli de la peau. La piqûre de cette membrane remonte à quatre centimètres au-dessus de l'incision profonde; elle n'a guères que deux millimètres d'étendue. Quelques bulles d'air ont pénétré sous la peau et se trouvent entre la piqûre de cette membrane et l'incision profonde; une légère pression exercée sur la tumeur fait sortir un peu de synovie qui les entraîne. Je ne cherche pas à vider la synoviale; le liquide épanché s'infiltrera dans le tissu cellulaire de la cuisse et sera bientôt absorbé. Un petit emplâtre de diachylon est appliqué sur la piqûre. Repos complet au lit.

« Le 30, plus de liquide dans la synoviale. La synovie s'est infiltrée dans le tissu cellulaire lâche qui sépare la partie inférieure du

triceps fémoral et de la synoviale, et forme là une tumeur qui a à peu près la forme de l'hydarthrose, mais qui n'est pas fluctuante. La rotule est maintenant en contact avec la trochlée du fémur. Les pressions exercées sur la tumeur ne déplacent plus cet os; il n'y a pas la plus plus légère douleur.— Compression exercée sur le genou au moyen de bandelettes imbriquées; bandage roulé sur le pied, la jambe, le genou et la partie inférieure de la cuisse.

« Le 31 décembre la piqûre est cicatrisée.

« Le 3 janvier, l'articulation a un aspect tout-à-fait normal. Les bandelettes emplastiques ont irrité la peau; nous les supprimons. Compression avec le bandage roulé.

Le 8, état parfait de l'articulation. Il n'y a jamais eu la plus légère douleur. Le malade marche sans la moindre gêne, et paraît être parfaitement guéri. La compression est continuée jusqu'au 15. Ce jour-là le malade, qui se croit guéri depuis longtemps, veut sortir de l'hôpital. On lui fait promettre de revenir si son hydarthrose se reproduit. Il n'a pas reparu (1er juin 1842). »

M. Goyrand explique ensuite les raisons du procédé qu'il a suivi. « J'ai ouvert la synoviale, dit-il, à sa partie supérieure externe, parce que, en attaquant en ce point l'articulation, je faisais passer la synovie dans des couches cellulcuses étendues et lâches, d'où l'absorption devait la faire disparaître promptement. Ces couches celluleuses sont celles qui séparent la partie inférieure du muscle triceps de la synoviale et du fémur, celles qui se trouvent entre les portions moyenne et externe du triceps, et enfin les couches celluleuses sous-aponévrotiques et sous-cutanées de la cuisse. Si j'eusse ouvert la synoviale vers l'interligne articulaire, j'aurais eu moins de parties à diviser; mais l'infiltration de la synovie eût été bien moins facile. »

Nous l'avouons, au péril de l'incision d'une synoviale qui nous avait déjà fait reculer, nous n'aurions point osé joindre celui d'un épanchement de la synovie dans le tissu cellulaire de la cuisse, avec la chance d'un abcès consécutif communiquant avec le genou. Notre procédé un peu plus simple a consisté à plonger le bistouri dans l'article, et à évacuer la synovie par la piqûre avant de passer à l'incision de la synoviale. M. Goyrand a réussi; mais peut-être serait-il plus prudent de laisser d'abord écouler la synovie et de ne pas charger la nature d'un double travail d'absorption et de réparation tout à la fois.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Traitement de l'hydarthrose *par les injections iodées*, par M. Bonnet de Lyon.— Mais tandis que nous hésitons devant cet épanchement si léger de la synovie dans le tissu cellulaire, nous voici singulièrement dépassés par deux chirurgiens de renom qui n'ont pas craint, eux, de porter dans l'articulation même des injections iodées. M. Bonnet fait remonter sa première tentative au mois de mars 1841; M. Velpeau en avril et juillet 1839; mais M. Velpeau a communiqué ses faits la première fois à l'Institut et au public en octobre 1842 et la priorité du chirurgien de Lyon est établie par une thèse d'un de ses élèves soutenue à Strasbourg le 2 mai 1842; les questions de ce genre se jugent par les dates officielles, et les dates sont ici pour M. Bonnet. Mais d'ailleurs l'idée et même la pratique des injections dans l'hydarthrose remontent beaucoup plus haut; et M. Bonnet rappelle que Gay, en 1789, avait fait avec succès des injections d'eau de Goulard animée de tafia camphré, et qu'en 1830, M. Jobert avait essayé des injections d'eau d'orge alcoolisée. Ainsi donc ni l'exemple ni même le succès n'avaient manqué, et cependant ces hardies tentatives n'avaient pas eu d'imitateurs. Les injections avec un autre liquide seront-elles plus heureuses? C'est ce que nous allons examiner.

Un mot d'abord du procédé. La jambe doit être étendue, la main d'un aide appliquée sur l'un des côtés du genou au-dessus de la rotule, pour refouler le liquide de l'autre côté où l'on doit porter le trocart. Avant la ponction on fait faire un pli à la peau, et l'on plonge l'instrument à la base du pli, en vue de détruire le parallélisme des ouvertures interne et externe. Le poinçon retiré, on laisse échapper par la canule seulement deux à trois centilitres de liquide, quantité égale au liquide à injecter. Enfin on prend soin de tenir le pavillon de la canule élevé, afin qu'elle reste toujours pleine de liquide, et que, dans l'injection, on ne fasse point pénétrer d'air dans la synoviale.

Quant au choix du liquide, M. Bonnet préconise la solution suivante:

Eau.................... 16 grammes.
Iode.................... 2
Iodure de potassium.... 4

Le résultat des injections iodées étant une inflammation aiguë, il importe de prendre toutes les précautions pour qu'elle ne devienne pas suppurative. En conséquence, M. Bonnet place le membre dans une des grandes gouttières qu'il a fait construire pour les maladies des articulations; le membre est étendu, reposant sur sa face postérieure; et il reste dans la gouttière jusqu'à ce que l'inflammation aiguë soit dissipée.

Cinq malades ont été ainsi traités; mais trois d'entre eux ayant été opérés sur les deux genoux, et chez les autres l'injection ayant été faite deux fois, il y a eu en réalité dix opérations. Voici le résumé de ces cinq faits.

Observation i. — Sujet de vingt-huit ans; hydarthrose du genou gauche datant de trois

mois, avec des douleurs extrêmement vives, que l'on avait combattues vainement par la position étendue, les cataplasmes, les sangsues, les vésicatoires saupoudrés de morphine, etc. En désespoir de cause, M. Bonnet fait dans ce genou une injection de quinze grammes de teinture d'iode. Douleur vive, fièvre, rougeur du genou; mais, dès le lendemain déjà, la douleur était moindre même qu'avant l'opération. Le cinquième jour, le gonflement diminua si rapidement que le sixième jour le malade put se lever, et que le onzième jour il se promenait dans les cours de l'hôpital.

Cependant le genou droit se prend tout à coup, et en quatre jours se montre aussi tuméfié et aussi douloureux que le gauche. M. Bonnet se résout à l'opération qui est pratiquée *seize jours* seulement après la précédente. Nous devons toutefois avertir l'auteur qu'il y a quelque confusion dans ses dates. Quoi qu'il en soit, la nouvelle opération fut suivie d'une inflammation effrayante; le malade poussa des cris toute la journée; quarante sangsues appliquées à quatre heures du soir n'amènent aucun soulagement; et le gonflement et la tension de la peau arrivent au point qu'à sept heures du soir, le chirurgien effrayé ne voit d'autre ressource que de plonger le trocart dans le genou pour évacuer le liquide. Il en sort environ deux centilitres de sérosité limpide et sans odeur; dès ce moment toutes les douleurs cessent : le genou diminue rapidement, et *neuf jours* après l'opération le malade sort marchant librement et n'ayant plus aucune trace de ses hydarthroses. Un an après, le malade revint à l'hôpital pour une autre cause; les genoux n'offraient pas la plus légère trace de gonflement, et tous leurs mouvements s'exécutaient aussi facilement que s'ils n'eussent jamais été malades.

Observation ii. — Jeune fille de seize ans ; deux hydarthroses chroniques datant de *trois ans* ou de *trois mois;* il y a là d'étranges fautes d'impression. On fait le même jour dans les deux genoux des injections de chacune trente grammes de teinture d'iode. Réaction inflammatoire intense; fièvre, insomnie, commencement de délire; les genoux se gonflent, la peau devient rouge, tendue, luisante. Le lendemain nausées et vomissements. Cet état persiste trois jours, après lesquels la réaction tombe, et la malade sort au bout de vingt ou trente jours; car là encore il y a une confusion que nous ne nous expliquons pas. Du reste la guérison est seulement indiquée comme *presque complète.*

Observation iii. — Femme de vingt-sept ans; double hydarthrose datant de deux ans; avec des craquements pendant la marche qui font présumer une absorption des cartilages. Injection dans chaque genou de la solution suivante :

Eau	15 grammes.
Iode	1
Iodure de potassium	2

Inflammation très intense, les genoux sont rouges, extrêmement tuméfiés, et la malade ne goûte pas de repos pendant quarante-huit heures. Après quoi la résolution s'opère; le dixième jour, il n'y avait déjà plus de fluctuation distincte et la malade commença à se lever. Elle sortit guérie le vingt-huitième jour, conservant néanmoins les craquements dans l'articulation.

Observation iv. — Sujet de trente-quatre ans; hydarthrose datant de trois mois avec empâtement des parties molles extérieures; et l'auteur ajoute *des fongosités dans la cavité synoviale.* Mais comment donc a-t-on constaté ces fongosités?

Injection de trente grammes de teinture d'iode; réaction peu intense; mais au bout de huit jours, nulle diminution. On applique deux cautères, puis plus tard deux moxas, sans succès. Nouvelle injection deux mois et demi après la première; réaction assez vive, mais qui ne dure que vingt-quatre heures; au douzième jour, la résorption paraît complète; le malade marche très bien, sans claudication; mais il ne peut fléchir le genou assez pour se mettre à genoux. Sorti quelques jours plus tard, le genou devenant de plus en plus flexible.

Observation v. — Sujet de 29 ans; hydarthrose datant de 15 ans, avec gonflement des parties molles. Injection comme dans la troisième observation. Il s'en suit une inflammation aiguë qui dure deux ou trois jours, et n'amène aucune diminution de la tumeur. Des vésicatoires volants produisent une résorption partielle. On fait une nouvelle injection deux mois après la première; elle ne produit qu'une amélioration peu satisfaisante; et le malade sort quatre mois après avec le genou moins volumineux, mais les mouvements plus difficiles, et la marche pouvant être moins longtemps soutenue.

Tels sont les faits. M. Bonnet en conclut que les injections iodées peuvent être pratiquées sans danger dans les genoux affectés d'hydarthrose, et que l'on peut en espérer une guérison prompte, complète et durable, lorsque l'hydarthrose sera sans aucune complication et aura moins de trois à quatre mois de durée. Quand elle date de plus d'une année, et qu'elle coexiste avec l'absorption des cartilages ou le gonflement des parties molles extérieures, la guérison est toujours longue à obtenir, et souvent incomplète.

Ces conclusions, que nous reproduisons à peu près textuellement, pèchent d'abord par un défaut d'ensemble, qui vient sans doute du petit nombre des observations; car elles laissent en dehors les hydarthroses de quatre

mois à un an. On dirait que M. Bonnet, surpris par la réclamation inattendue de M. Velpeau, a écrit son mémoire en toute hâte; et la rédaction s'en est un peu ressentie. Quoi qu'il en soit, et à part les légères contradictions que nous avons dû signaler, les observations sont assez loyalement présentées pour que nous puissions formuler nos conclusions à notre tour. Ainsi, dans deux cas sur cinq, les injections ont réussi; mais à quel prix? Est-il un chirurgien qui voudrait acheter des guérisons même aussi éclatantes par les angoisses que M. Bonnet a dû subir, et dont il nous a fait la confidence? Lorsque la violence de l'inflammation, chez son premier malade, l'effraya au point qu'il ne vit plus d'autre ressource qu'une ponction nouvelle dans ce genou si douloureux et si tuméfié, était-il bien sûr que l'inflammation n'arriverait pas à la période suppurative? Et si cette funeste terminaison avait eu lieu, l'amputation n'en aurait-elle pas été la conséquence presque inévitable?

M. Bonnet compare l'hydarthrose et l'hydrocèle sous le rapport de leur incurabilité et de la nécessité de les soumettre à une opération; et il pense que prochainement on n'hésitera pas plus à faire des injections iodées dans le genou que dans la tunique vaginale. Il oublie quelque peu ici la différence des régions; il est des cas d'hydrocèle où l'on n'hésite pas à exciser la tunique vaginale; est-ce donc à dire que l'excision de la synoviale du genou puisse même entrer dans l'imagination d'un chirurgien?

Ne rejetons point les analogies; mais tenons compte aussi des différences. Qu'une inflammation suppurative prenne place dans la tunique vaginale, après tout, le malheur n'est pas bien grand; mais on frémit à l'idée d'un abcès développé dans le genou par une opération chirurgicale; et pour rendre exactement notre impression et notre pensée au sujet de ces injections, nous ne voudrions à aucun prix nous y soumettre nous-mêmes; c'est dire assez que nous n'y soumettrons personne.

M. Bonnet a également essayé les injections iodées dans les abcès froids du genou chez des enfants lymphatiques ou scrophuleux; elles produisent alors moins d'inflammation; mais il faut les répéter plusieurs fois; la piqûre reste fréquemment fistuleuse; et après 2 ou 3 mois de traitement, on obtient seulement une certaine amélioration. Les faits sont encore trop peu nombreux pour asseoir à cet égard un jugement définitif.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

Obstétrique.

De la perforation du placenta dans les cas d'implantation *de cet organe sur l'orifice utérin.*

Les préceptes les plus rationnels, les règles les mieux établies, les pratiques les mieux justifiées par l'expérience ne sont pas toujours à l'abri d'injustes attaques et ont quelquefois besoin d'être défendues. A plus forte raison, doit-on s'attendre à une légitime opposition contre des manœuvres trop peu sûres, peut-être, pour être en effet définitivement et exclusivement acceptées. Les accoucheurs sont encore partagés sur la préférence à accorder, dans le cas d'implantation centrale du placenta sur l'orifice utérin, au simple décollement ou à la perforation de la masse. Les partisans de la première méthode, la plus généralement suivie, objectent aux partisans de la seconde la difficulté même de la manœuvre, ses dangers pour le fœtus exposé ainsi à une hémorrhagie fâcheuse, mortelle peut-être, les difficultés de l'extraction à travers une ouverture insuffisante. Ces reproches sont-ils fondés? Oui, en général. Sont-ils exagérés? Peut-être.

En 1839, le docteur Loewenhardt de Prenzlau avait cherché à faire revivre une méthode, suivant lui injustement oubliée, et à la fin de son mémoire, inséré dans le tome VII de *Neue zeitschrift für Geb*, l'un des rédacteurs, *Busch*, invitait les praticiens à lui communiquer les cas observés par eux ou parvenus à leur connaissance et dont les résultats pourraient servir de base à une nouvelle appréciation. En réponse à cette invitation, nous trouvons dans le tome XI^e un mémoire du docteur Emsmann de Eckartsberga. Les deux faits rapportés par ce médecin, joints à celui de Loewenhardt, sont presque les seuls à citer à l'appui d'une manœuvre généralement réprouvée. Il nous a paru important de les faire connaître. Rappelons d'abord en quelques mots le plus ancien.

Une femme de trente ans, sanguine, d'une constitution moyenne, enceinte pour la première fois et souffrante depuis le commencement de sa grossesse, éprouva, le 21 septembre, une perte qui alla croissant jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se déclara le travail. La femme commençait à défaillir par la persistance de l'hémorrhagie, lorsque L. fut mandé auprès d'elle. A son arrivée, la peau était froide, la face d'une pâleur mortelle, l'artère vide, le pouls mou et fréquent. L. reconnut que le bassin était rétréci particulièrement dans le diamètre transverse du détroit périnéal, et que l'orifice élevé, dilaté de dix-

huit lignes, était entièrement couvert par le placenta.

La femme ayant été convenablement située, L. dilata l'orifice avec les doigts réunis en cône, pénétra, sans changer de direction, à travers le placenta et les membranes jusque dans la cavité de l'amnios, et parvint aux pieds qui se trouvaient à peu de distance du détroit abdominal. Il ne put les saisir et les entraîner ensemble, et dut, à son grand regret, procéder en deux temps à cette opération. L'extraction, facile jusqu'aux bras, présenta alors de grandes difficultés, et la tête offrit tant de résistance qu'il fallut recourir à l'application du forceps.

L'enfant, du sexe masculin, naquit mort, avec la face bouffie et violette. La mère, quoique très affaiblie, se trouvait assez bien. Plus tard se déclara une péritonite à laquelle elle échappa heureusement.

Que peut-on conclure d'une telle observation? Rien autre chose, ce me semble, que la possibilité de perforer le placenta implanté sur l'orifice. Mais qui songe à la nier? N'eût-il pas été utile de faire connaître le degré de résistance éprouvé dans cette manœuvre, la difficulté ou la facilité à l'introduction réitérée de la main? N'était-il pas surtout indispensable de donner une description exacte du placenta? Quel degré de lacération cette masse avait-elle éprouvée? Beaucoup de vaisseaux principaux avaient-ils été déchirés? En restait-il en assez grand nombre au niveau des parties du placenta demeurées adhérentes pour suffire aux rapports circulatoires indispensables à l'entretien de la vie fœtale? Toutes ces particularités étaient d'autant plus importantes à noter, qu'elles auraient servi à établir des présomptions sur la conservation de l'enfant, qui ne pouvait échapper, nous le reconnaissons volontiers, aux dangers d'une extraction à travers un bassin rétréci, mais dont la vie avait peut-être été déjà sérieusement compromise au moment où les obstacles l'ont arrêté. Je ne doute pas que Busch n'eût fait toutes ces réflexions lorsqu'il demandait surtout qu'on lui communiquât des cas où les enfants eussent été extraits vivants à travers la perforation du placenta.

Il était évident, en effet, que l'observation de Loewenhardt ne prouvait rien sous ce rapport. Était-elle plus probante relativement à la mère? Pas davantage. N'en pourrait-on pas citer un grand nombre dans lesquelles, malgré une hémorrhagie abondante, malgré un épuisement considérable, la méthode du décollement n'a point été funeste aux femmes? Et celle dont le médecin de Prenzlau rapporte si complaisamment l'histoire, n'était-elle pas du nombre de ces individus qui supportent bien les pertes de sang? Qui ne sait, en effet, les différences remarquables qu'on observe sous ce rapport? Tel se trouve gravement compromis ou perd la vie par une hémorrhagie à peine sérieuse : pour un autre. N'oublions jamais, dans l'appréciation des faits et des méthodes, de tenir compte de ces différences; et n'oublions pas, non plus, un autre élément moins appréciable sans doute, mais non moins réel, le trouble plus ou moins profond du système nerveux.

Les observations du docteur Emsmann méritent à peu près les mêmes reproches que celle de Loewenhardt; mais elles ont plus de valeur en raison du succès complet obtenu par l'auteur. Nous ne nous arrêterons donc pas aux lacunes; elles n'échapperont à personne. D'ailleurs ces faits doivent nous fournir l'occasion de quelques remarques qui ne seront peut-être pas sans intérêt.

« Obs. i.—Le 10 mars 1815, je fus appelé, dit Emsmann, auprès d'une femme de 22 ans, enceinte pour la seconde fois. Elle avait une perte si abondante que le sang coulait de l'alcôve à la porte à la distance de huit pieds. Cette femme, grande et forte, bien portante, bien conformée, en travail depuis vingt-quatre heures, était épuisée par cette énorme hémorrhagie et semblait sur le point d'expirer. Il n'y avait pas un moment à perdre.

« Après m'être assuré que la perte dépendait de l'implantation du placenta centre pour centre sur l'orifice, je fis placer la femme et les aides; j'introduisis la main droite, dont les doigts réunis en cône traversèrent sans peine l'orifice suffisamment dilaté, puis je perforai le placenta, ce qui se fit *avec la plus grande facilité*. Une assez grande quantité de sang s'écoula à ce moment. Je saisis aussitôt les pieds, et en quatre à cinq minutes je fis l'extraction d'un enfant *vivant*, dont la sortie fut aussitôt suivie de l'expulsion du placenta.

« La mère, bien que très affaiblie, fut sauvée, et quinze jours après elle était complètement rendue à la santé. »

« Obs. ii. — Le 4 décembre 1815, J.-Ch. Shcoss, âgée de 34 ans, enceinte pour la huitième fois, en travail et perdant beaucoup de sang depuis vingt-quatre heures, moins épuisée toutefois que la précédente, courait aussi pourtant un grand danger. Cette femme, d'une taille moyenne, forte, bien portante et très bien conformée, avait le placenta inséré sur l'orifice de la matrice. Après m'en être assuré par le toucher et avoir fait toutes les dispositions nécessaires, je pénétrai dans l'utérus dont l'orifice était suffisamment dilaté; mes doigts en cône perforèrent directement le placenta, et et après avoir retourné l'enfant, j'en fis l'extraction avec autant de rapidité que possible. Le placenta fut expulsé immédiatement après. L'enfant était vivant, et la mère, qui n'éprouva pas d'autres accidents, se rétablit promptement. »

Je ne veux en rien diminuer l'éclat de ces

deux succès. Je ne puis toutefois m'empêcher de remarquer qu'il s'agissait ici de deux femmes non primipares, et dont l'une avait déjà eu sept enfants, circonstance qui, jointe à une excellente conformation et à une disposition favorable des parties molles, devait rendre la manœuvre facile et prompte. Tout le monde sera d'accord que dans des conditions aussi avantageuses, l'autre méthode eût pu tout aussi bien réussir. Mais là n'est pas la question. Constatons qu'il y a eu ici, non-seulement possibilité de perforer le placenta, mais encore facilité; que cette perforation, malgré l'hémorrhagie à laquelle elle a donné lieu, n'a point été fâcheuse pour l'enfant; enfin qu'elle n'a point embarrassé la manœuvre, et que l'ouverture faite par la main et le bras aura suffi pour le passage du corps plus volumineux du fœtus ou se sera facilement agrandie sous la pression excentrique de ce corps. N'en devons-nous pas conclure qu'il y a quelque exagération dans les reproches adressés à la méthode déjà si dépréciée par Lamotte, et plus tard si complètement proscrite par Levret?

La différence essentielle des deux méthodes consiste en ceci, que dans l'une (décollement) on ouvre les vaisseaux utéro-placentaires et qu'on laisse écouler le sang maternel; dans l'autre (perforation), ce sont les ramifications des vaisseaux ombilicaux qu'on déchire et le sang fœtal qu'on sacrifie. Cette différence serait capitale, et la distinction sous le rapport pratique serait des plus importantes, si l'on était bien sûr que la perforation s'opère toujours sans produire en même temps un décollement plus ou moins étendu, et malheureusement l'on doit craindre la simultanéité de ces deux effets. On comprendra sans peine qu'il s'agit ici des intérêts de la mère. Pour le fœtus, la distinction est beaucoup moins importante. Il n'est pas plus compromis par la perte d'une certaine partie de sang, que par la privation même partielle du contact vivifiant du sang maternel. J'ai quelquefois été frappé de l'influence fâcheuse, mortelle même pour le fœtus, d'un décollement relativement peu étendu du placenta. Il semble, pour me servir de l'ingénieuse comparaison que me proposait un jour à ce sujet M. le professeur P. Dubois, que le placenta, véritable poumon du fœtus, supporte, sans dommage considérable et immédiat pour la vie fœtale, des altérations même assez étendues, mais lentement développées, de même que le poumon de l'individu qui a respiré, et que les lésions soudaines de ces deux organes soient également fatales à la vie dont le maintien leur est confié. Les faits et la théorie sont donc d'accord: l'une et l'autre méthode peuvent sauver le fœtus; mais ni l'une ni l'autre ne le préservent toujours de sa perte, et peut-être cela tient-il, dans certains cas au moins, à des différences individuelles, à ces dispositions particulières que je rappelais plus haut et qui rendent si inégalement fâcheuses les hémorrhagies. Or, si par l'une et l'autre méthode il y a autant à craindre qu'à espérer pour le fœtus, n'est-il pas des cas où l'intérêt de la mère doit faire pencher plutôt pour l'une que pour l'autre? Ces cas étaient précisément ceux dans lesquels Loewenhardt et Emsmann ont opéré. Appelés auprès de femmes depuis longtemps en travail, épuisées par des pertes continues et abondantes, et près de rendre le dernier soupir, n'était-il pas de leur devoir de tout faire pour ménager la dernière goutte de sang, et ne serait-on pas justifié, en pareil cas, de se bercer d'un espoir qui me semble fortifié par le succès des deux médecins allemands? J'ajouterai que la perforation me semblerait particulièrement convenable, si l'enfant présentait les pieds. On y arriverait ainsi bien plus facilement, bien plus promptement, et sans fatigue, aucune pour l'utérus. Je ne puis me défendre de l'idée qu'il en était peut-être ainsi dans l'un des deux cas d'Emsmann. Des observations si incomplètes autorisent bien quelques conjectures. Enfin qu'on suppose le cas suivant : placenta couvrant tout l'orifice, mais non implanté centre pour centre (cette insertion centrale est au reste relativement rare); la version est indiquée, et la position présumée, reconnue même par l'auscultation, et le palper abdominal indique, exige l'usage de la main gauche. Cette main arrive sur le plus grand segment du placenta, et le décollement à faire pour parvenir aux membranes serait si considérable, qu'une plus grande hémorrhagie pour la mère, et pour l'enfant une rupture presque complète de ses rapports circulatoires avec l'utérus, en seraient la conséquence. Ne serait-il pas convenable, dans ce cas, de s'arrêter dans le décollement commencé et de perforer aussitôt?

Je me rappelle avoir accouché une femme chez laquelle les dispositions que je viens de supposer existaient. L'orifice était assez couvert pour qu'on ne pût pas savoir à quelle distance, à droite et à gauche, se trouvait le bord du placenta. L'emploi de la main droite était indiqué; elle n'eut heureusement à décoller qu'une partie peu considérable du placenta, et j'amenai promptement un enfant vivant. Le placenta était très étendu en surface, et, après l'extraction de ce corps, j'eus beaucoup à me féliciter d'avoir eu à agir avec la main droite. Car la gauche aurait eu à décoller sept à huit pouces de placenta avant de pouvoir arriver aux membranes, et je crois que le résultat eût été beaucoup moins heureux.

Pharmacologie chirurgicale.

Sur l'emploi de la pommade au précipité blanc.

Le précipité blanc ou proto-chlorure de mercure par précipitation se prépare, comme on sait, en précipitant, au moyen de l'acide chlorhydrique, une dissolution de proto-nitrate de mercure au minimum et en lavant avec grand soin. Ce produit est beaucoup plus actif que le calomel; il n'est jamais employé à l'intérieur, il agirait avec presque autant d'activité que le sublimé corrosif; mais à l'extérieur il est souvent prescrit depuis quelques années. Déjà J.-P. Franck le préconisait contre les dartres rongeantes; Alibert m'a souvent entretenu de son efficacité; mais ce composé était à peu près tombé en oubli, lorsque des expérimentateurs modernes sont venus le remettre en crédit. Nous allons rappeler les différentes formules qui ont été proposées pour l'employer.

Onguent mercuriel blanc.
(J.-P. Franck.)

Précipité blanc. . . . . 5 grammes.
Axonge. . . . . 40 grammes.

Mêlez. Contre les dartres rongeantes et les éruptions sèches de la peau.

Cette formule est extraite du Traité de médecine pratique de J.-P. Franck, bon livre dont M. J.-B. Baillière vient de publier une édition plus complète que les précédentes.

M. Velpeau emploie avec avantage cette pommade, à la manière de cérat, dans presque toutes les variétés d'affections eczémateuses, dans tous les cas de plaies superficielles à surface grisâtre, d'aspect cancéreux, tant qu'il n'y a pas de décollement de la peau, de sinuosités dans le fond de l'ulcère. Cette pommade est, pour le chirurgien de l'hôpital de la Charité, un incarnatif, un siccatif, un des meilleurs topiques qu'on puisse employer pour hâter la cicatrisation des solutions de continuité plus étendues en surface qu'en profondeur, soit qu'elles paraissent être entretenues par quelque disposition interne, soit qu'elles tardent à se cicatriser à cause de l'état local.

Si on trouvait la pommade précédente trop irritante, s'il s'agissait de combattre une affection squammeuse accompagnée d'un vif prurit, on pourrait employer la formule suivante:

Pommade au précipité blanc opiacée.

Opium en poudre.
Précipité blanc *ana* . . . . 1 gramme
Axonge récente 20
Essence de roses. . . . . 2 gouttes.

Mêlez. Cette pommade est très efficace pour combattre plusieurs affections dartreuses accompagnées d'un vif prurit.

Cérat avec le précipité blanc.
(Gibert.)

Cérat opiacé. . . . . 50 grammes.
Précipité blanc. . . . . 2 grammes.

Mêlez. Contre les pustules plates et les ulcérations syphilitiques.

Pommade au précipité blanc.
(Ricord.)

Cérat opiacé . . . . 30 grammes.
Précipité blanc. . . . . 2 grammes.
Extrait de ratanhia. . . . . . 4 grammes.

M. S. A. Dans quelques cas de blennorrhée avec hypertrophie molle de l'urèthre, cette pommade est portée dans le canal avec une bougie en gomme élastique ou en cire, une ou deux fois par jour, et doit séjourner une heure chaque fois. Le calibre de la bougie doit être tel qu'il exerce en même temps une dilatation graduée.

BULLETIN CLINIQUE.

Sous ce titre nous publierons des observations isolées, prises dans les hôpitaux ou recueillies dans notre correspondance, toutes les fois qu'elles présenteront un intérêt véritable, soit qu'elles apportent une idée nouvelle, soit qu'elles servent à éclairer quelque question en litige.

Depuis la publication du Mémoire sur la fracture par écrasement du calcanéum, il s'en est présenté deux cas dans les hôpitaux; l'un dans le service de M. Breschet, sur un homme de 33 ans tombé sur les talons du haut d'un premier étage; l'autre à l'hôpital Necker, suite également d'une chute sur les talons. Toutefois l'habile chirurgien de cet hôpital, M. Lenoir, n'a pas regardé le diagnostic comme suffisamment certain. Ces faits n'apportant d'ailleurs aucun enseignement nouveau, nous nous contentons de les signaler comme une preuve peut-être que cette fracture est moins rare qu'on n'eût été tenté de le croire.

Mais dans le mémoire cité nous avions dû, faute de faits, laisser dans le doute une partie du pronostic; et il importait de savoir si à la longue un sujet atteint d'une fracture de ce genre recouvrerait l'entière liberté de ses mouvements. Nous avons appris que l'un de nos jeunes confrères les plus distingués, M. Voillemier, avait eu occasion d'observer cette lésion sur une personne qui lui touche de près; et nous l'avons prié de nous communiquer ce fait intéressant. La première partie de l'obser-

vation qu'on va lire a été rédigée de mémoire; mais le malade a été revu récemment et examiné avec le plus grand soin, et, nous ajouterons, avec toute la sagacité d'un observateur consommé.

Fracture par écrasement des deux calcanéum; *résultats constatés treize ans après l'accident*, par M. Voillemier.

Un jeune homme âgé de 18 ans fit une chute d'un lieu élevé d'environ huit mètres. Il tomba sur les pieds et la commotion qu'il éprouva fut si forte qu'il perdit complètement connaissance. Au bout de quelques instants étant revenu à lui, il voulut se relever, mais cela lui fut impossible. Il lui semblait que ses pieds étaient engourdis et il éprouvait dans ces parties une douleur profonde et accablante. On le coucha et ce ne fut qu'au bout de six heures qu'il fut examiné par un médecin. Alors il existait un gonflement si considérable, surtout sur le membre droit, qu'il était difficile de porter un diagnostic précis; en outre, des symptômes cérébraux assez graves s'étant manifestés, on eut recours à de larges saignées en même temps que des sangsues furent appliquées en grand nombre autour des articulations tibio-tarsiennes. Au bout de quelques jours l'état général du sujet n'était plus inquiétant et le gonflement des pieds étant un peu diminué on les examina avec soin. Cependant le diagnostic resta encore incertain. On crut avoir affaire à une entorse violente du pied gauche et à une fracture de la partie inférieure du peroné droit. Un appareil de fracture fut donc appliqué; mais les tours de bande inférieurs qui tendaient à ramener le pied en dedans, déterminaient des douleurs atroces; on le relâcha, et au bout de quelques jours on l'enleva entièrement. Dès-lors tout le traitement consista dans l'application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale et maintenues par un bandage roulé médiocrement serré.

Un long espace de temps s'écoula, deux mois environ, et le malade ne pouvait en aucune façon se servir de ses jambes, surtout de la droite. Autour des malléoles un gonflement assez notable avait persisté et les jambes étaient loin d'avoir repris leur forme normale. Dupuytren fut consulté. Il ne jeta qu'un coup d'œil sur les parties malades, les toucha à peine d'une main et diagnostiqua un écrasement des os du tarse, évident sur la jambe droite et moins prononcé sur la gauche. Quant au pronostic et au traitement, il déclara que l'usage des membres était assez gravement compromis et que du reste il n'y avait rien à faire.

Le malade fut donc condamné à un repos absolu et on ne fit rien autre chose que ce qui a été dit plus haut. Cependant le gonflement des parties molles avait entièrement disparu, les pieds pouvaient sans douleurs se fléchir légèrement sur la jambe, et vers la fin du quatrième mois, le malade essaya de marcher à l'aide de béquilles. Il pouvait à peine se tenir debout. Il lui semblait que *ses talons n'étaient plus aussi élevés* que d'ordinaire, ce qui exigeait une flexion des pieds toujours très douloureuse. Aussi marchait-il en imprimant le moins de mouvements possibles à l'articulation tibio-tarsienne. Pendant longtemps la marche resta extrêmement pénible et ce ne fut qu'au bout de sept à huit mois que le malade, s'aidant de sa canne, parvint à se promener lentement durant environ vingt minutes. Treize années se sont écoulées depuis cette époque et la marche a toujours été en s'améliorant. Aujourd'hui les choses sont dans l'état suivant:

Le pied gauche a conservé les rapports normaux avec la jambe; il n'est dévié dans aucun sens et dans la marche il repose parfaitement sur le sol. Son mouvement d'extension est un peu moins étendu qu'à l'état normal; dans sa plus grande flexion sa face plantaire forme avec l'axe de la jambe un angle de 90° centigrades. Les mouvements d'adduction et d'abduction sont très peu sensibles. La face externe du pied ne présente rien de particulier, mais la face interne est presque plane. A peine si l'on distingue une légère saillie là où existe la malléole interne à cause du gonflement des parties situées au-dessous d'elle et un peu en arrière, gonflement qui est plus prononcé dans la flexion du pied sur la jambe.

Le pied gauche est fortement porté dans l'adduction surtout dans sa moitié postérieure, et dans la marche il appuie fortement sur le sol par son bord externe. Les mouvements sont beaucoup plus bornés que sur le membre gauche: l'extension est difficile et peu étendue; dans la flexion la plante du pied forme à peu près avec l'axe de la jambe un angle droit. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont à peine appréciables. La malléole externe est très saillante; elle semble plus volumineuse et descend un peu plus bas que celle du côté opposé. La malléole interne se dessine à peine sous la peau et au lieu de trouver au-dessous d'elle et en arrière la face interne du pied concave on rencontre un gonflement assez notable. Par le toucher on sent que cette tumeur est formée par des parties solides sur lesquelles on fait rouler avec le doigt le nerf tibial, ce qui n'a pas lieu sur la jambe gauche; un peu plus en arrière et dans la gouttière calcanéenne on sent battre la tibiale postérieure. Dans la flexion du pied le gonflement que nous venons de noter est rendu plus saillant.

Usages: Le malade ne boîte pas, il marche

assez facilement et longtemps, pourvu toutefois que sa chaussure ait de hauts talons, car, comme cela a déjà été dit, il lui semble que ses talons sont affaissés. De plus, la partie postérieure du pied se trouvant ainsi élevée permet des mouvements de flexion plus étendus. Aussi quand le pied repose tout entier sur le sol, s'il vient à se rencontrer sous sa partie antérieure un corps dur du volume d'une noix par exemple, sa flexion se trouvant exagérée détermine une très vive douleur dans l'articulation tibio-tarsienne. Par cette même raison un saut de bas en haut est encore possible tandis qu'il y a presque impossibilité de sauter de haut en bas de la hauteur d'un mètre. En un mot tout mouvement qui tend à fléchir fortement le pied détermine d'atroces souffrances. Les usages des pieds sont donc loin d'être perdus, mais ils sont loin également d'être à leur état normal.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de médecine opératoire *fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique;* par M. J. F. Malgaigne. — *Quatrième édition, revue et corrigée.* — *Chez* Germer Baillière, *rue de l'École-de-Médecine*, 17. — *Prix,* 6 *francs.*

Ce livre est assez généralement connu pour que nous puissions nous dispenser d'en faire une longue analyse. Il compte aujourd'hui, outre les quatre éditions de Paris, une contrefaçon à Bruxelles, et cinq traductions en langues étrangères. Bornons-nous donc à dire en quoi la nouvelle édition diffère de la précédente. La rapide impulsion imprimée dans ces dernières années à la médecine opératoire avait marqué de nombreuses lacunes, même dans les traités les plus récemment publiés; ici toutes ces lacunes sont remplies. Les opérations du strabisme et du bégaiement, celles qui ont trait à la création d'un anus artificiel; l'application des incisions sous-cutanées à la cure des ganglions par l'auteur même, à l'extraction des corps étrangers articulaires par M. Goyrand, à la section des nerfs par M. Bonnet, à la cure radicale des hernies par M. Guérin; la ligature sous-cutanée du varicocèle par M. Ricord; la nouvelle méthode pour l'allongement des cicatrices par M. Amussat; une foule d'autres procédés ingénieux, comme ceux de M. A. Bérard pour les tumeurs érectiles, la suture à aiguilles de M. Rigal, etc.; telles sont les additions qui ont accrû d'un huitième environ l'étendue du livre. Le libraire s'est mis lui-même quelque peu en frais pour cette édition. Le papier et l'impression plaisent davantage à l'œil; et enfin l'adoption du format Charpentier a achevé d'en faire un volume presque élégant.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—L'Académie des sciences a tenu sa séance annuelle le 19 décembre; elle a donné le prix de l'année 1841 et proposé des prix nouveaux pour 1844. La chirurgie n'a point eu de prix cette année; seulement il a été donné à titre de récompenses:

A M. Amussat, pour sa *Méthode d'entérotomie lombaire*, 3,000 francs;

A M. Ségalas, pour son nouveau mode de traitement des fistules urinaires, 1,500 francs;

A M. Ricord, pour le perfectionnement de cette méthode, 1,000 francs.

Les prix à décerner pour la chirurgie, en 1844, ne portent spécialement sur aucune question; ils ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la chirurgie. Les ouvrages doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1843.

Académie de médecine.—Les dernières séances de décembre ont été principalement consacrées aux élections. M. P. Dubois a été élu président; M. Ferrus, vice-président; M. Dubois d'Amiens, secrétaire.

La discussion sur la ténotomie a été close le 3 janvier; les autres séances ont offert peu d'intérêt; nous en rendrons compte dans le prochain numéro.

—L'Almanach *général de médecine pour* 1843 vient de paraître. L'auteur, M. Domange, secrétaire des bureaux de la Faculté de Paris, en mesure de puiser aux sources officielles, n'a rien négligé pour assurer à son livre le mérite de l'exactitude, qui seul en peut faire l'utilité; et, sous ce rapport, il est juste de le distinguer de ces méchantes compilations de librairie qui ont essayé de lui faire concurrence.—Prix: 3 fr. 50 c.

—On compte, dans les hôpitaux de Paris, 28 services de chirurgie: plus quelques services spéciaux pour l'orthopédie et la lithotritie. En outre, il y a 6 chirurgiens du bureau central; en ce moment ils sont réduits à 5 par la nomination de M. Nélaton à Bicêtre. Il y aura donc prochainement un concours pour le remplacer.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

FÉVRIER 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations nouvelles sur les épanchements de sang *et les tumeurs sanguines qui se forment après la blessure des artères;* lues à l'Académie royale des Sciences, le 6 février 1843, *par* M. AMUSSAT.

Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie renferme, sur les tumeurs sanguines et les épanchements de sang consécutifs à la blessure d'un vaisseau, des considérations nouvelles qui résultent de mes recherches expérimentales sur les animaux vivants.

J'ai déjà consigné mes observations sur ce sujet dans un petit travail d'ensemble sur les hémorrhagies traumatiques, espèce de résumé de mes études et de mes cours de chirurgie expérimentale, qui a été inséré dans les *Mémoires de l'Académie royale de Médecine.*

Aujourd'hui je reprends avec quelques développements un fait nouveau, généralement méconnu, parce que je n'ai pas assez insisté, peut-être, sur ce point important, qui peut fournir des déductions pratiques pour la chirurgie.

J'ai divisé ce mémoire en deux parties bien distinctes: dans la première, j'ai établi par des expériences directes sur les animaux vivants et par les faits observés sur l'homme, ce qui se passe à la suite de la blessure d'un vaisseau: dans la seconde, j'ai déduit de mes observations des conséquences pratiques d'une grande importance, qui semblent devoir changer le principe reçu en chirurgie, savoir, qu'il faut s'éloigner de la plaie pour chercher le vaisseau blessé: je prouve, en effet, qu'on doit prendre la plaie pour guide, et suivre le trajet conducteur de la blessure dans la tumeur elle-même, à moins que la blessure ne soit trop éloignée de la direction du vaisseau.

C'est pour apprendre à mes élèves à se rendre maîtres d'une hémorrhagie traumatique que j'ai d'abord blessé une artère crurale sur un chien.

Un doigt placé sur la plaie et un autre sur la crurale, à son passage sur l'os pubis, ont arrêté l'hémorrhagie, et ont permis d'aller à la recherche du vaisseau au-dessous de la tumeur pour le tordre.

En répétant cette expérience, j'ai bientôt trouvé que le doigt placé sur la plaie pouvait être remplacé très avantageusement par une simple suture entortillée, comme celle dont se servent les vétérinaires pour la saignée de la jugulaire.

Lorsqu'il se formait une tumeur sanguine et qu'elle montait très haut, c'est-à-dire jusqu'à l'arcade crurale, je faisais ouvrir la tumeur elle-même pour aller à la recherche de l'artère; mais les difficultés que l'on rencontrait pour trouver le vaisseau blessé à travers cette masse de sang m'ont fait étudier ces tumeurs avec plus d'attention, et alors j'ai bientôt aperçu un trajet central qui existe constamment; j'en ai décrit les caractères, et j'ai reconnu la véritable disposition intérieure, qui devait nous guider désormais pour arriver inévitablement sur le vaisseau ouvert.

Les tumeurs sanguines qui surviennent quelquefois instantanément après la blessure d'un vaisseau par des instruments étroits ont des caractères tout particuliers et fort importants à connaître pour la pratique chirurgicale. Ces tumeurs ne sont point formées, comme on le croit généralement, par des masses confuses ou boules de sang, sans arrangement, analogues à celles qui se forment après l'écrasement ou la déchirure d'une artère par une esquille d'os; elles présentent, au contraire, une disposition régulière remarquable, je dirai presque une espèce d'organisation.

Disons d'abord que, pour comprendre aisément la disposition de ces tumeurs sanguines dans les circonstances que j'ai indiquées, il suffit de se rappeler qu'il existe un trajet de la peau au vaisseau blessé, et que le sang qui tend à s'échapper au dehors trouvant de la difficulté à sortir par une plaie aussi étroite, s'épanche dans le tissu cellulaire environnant, et forme une tumeur plus ou moins volumineuse, dont l'arrangement peut être aperçu au moyen d'une coupe verticale et d'une coupe horizontale.

Au reste, le simple examen du dessin de ces tumeurs donne une idée exacte de leur disposition ; en effet, on voit de suite la liaison qui existe entre la blessure du vaisseau et le trajet qui s'est conservé dans cette masse sanguine, trajet qu'on a comparé avec assez de justesse à un puits, à une cheminée ou à un cratère.

En général, on donne improprement le nom d'anévrisme faux primitif ou diffus aux épanchements de sang qui se forment immédiatement après la blessure des artères. Mais évidemment, dans ce cas, il n'y a point d'anévrisme : c'est une plaie artérielle qui a donné lieu au sang épanché et au trajet de la plaie dans le tissu cellulaire ; en un mot, il n'y a point de dilatation artérielle dans le sens de l'étymologie du mot anévrisme, qui doit être réservé spécialement pour indiquer la dilatation des parois artérielles ou des parties voisines.

Je ne veux m'occuper dans ce mémoire que des accidents primitifs qui ont lieu à la suite des blessures des vaisseaux. Cette question est assez large et assez importante pour être traitée à part; elle est claire et distincte, mais elle a été tout-à-fait négligée ; on ne s'est occupé que des anévrismes ; et cependant c'est la plus pressante, la plus urgente même, puisque le moindre retard, la moindre hésitation, la moindre faute peuvent être funestes. Il importait donc de chercher à éclairer cette grave question le mieux possible, par les expériences sur les animaux vivants et les faits observés sur l'homme.

Un fait général qui ressort de mes recherches, c'est que la plasticité du sang est plus grande chez les animaux carnivores que chez les herbivores ; chez ces derniers les hémorrhagies consécutives à la blessure des gros vaisseaux sont presque toujours mortelles, tandis qu'elles s'arrêtent souvent d'elles-mêmes chez les carnivores.

En résumé, les hémorrhagies artérielles abandonnées à elles-mêmes sont promptement mortelles sur les chevaux et sur les moutons ; il n'en est pas de même sur les chiens; sur l'homme, la même disposition existe heureusement, mais je crois à un moindre degré que sur le chien.

Lorsqu'un obstacle est apporté à la sortie du sang d'une artère blessée, les effets sont différents suivant la nature de l'obstacle.

Quelquefois l'hémorrhagie a cessé spontanément, parce que la blessure était très étroite ou par toute autre cause; ou bien on est venu au secours du blessé, et l'écoulement du sang a été arrêté par une compression directe exercée sur la plaie ; —par une compression méthodique au-dessus et au-dessous de la plaie ; —par une compression méthodique médiate ou immédiate sur le trajet du vaisseau ; — ou enfin par la suture de la plaie.

Quel est le meilleur moyen pour favoriser la coagulation du sang dans une tumeur sanguine ?

Ordinairement j'emploie l'eau froide en ablutions ou avec une éponge; mais je crois que dès que le sang ne circule plus il se coagule. Je pense cependant que le froid doit favoriser ce résultat; du reste, le moyen le plus efficace est la compression du vaisseau blessé avec les doigts, un garot ou un tourniquet.

Le sang, en s'épanchant, colore et défigure toutes les parties qu'il touche ; les tissus qui en sont imprégnés changent complètement d'aspect et quelquefois de forme ; le sang voile tous nos tissus et jette une obscurité désespérante pour l'opérateur lorsqu'il n'est pas habitué à vaincre ce genre de difficulté; aussi l'anatomiste le plus habile est-il complètement dérouté par les épanchements de sang. On peut voir la preuve de ce que j'avance en lisant les observations de Deschamps, de Dupuytren, de M. Hutin et d'autres, qui toutes témoignent de la difficulté de se reconnaître au milieu des tissus altérés par le sang épanché.

Les effets du sang épanché autour des muscles et dans leur intérieur méritent une attention toute particulière.

Lorsque la gaîne d'un muscle est intacte, le sang colore seulement cette gaîne; mais, lorsqu'elle est ouverte, le sang s'infiltre autour du muscle lui-même, le pénètre et lui donne une couleur brune terne. Ce n'est plus alors cet aspect de la chair fraîche, rutilante; en un mot, à la couleur vermeille caractéristique d'un muscle a succédé une couleur maladive, comme si le muscle était frappé de scorbut.

Mais le point le plus important, c'est de bien reconnaître l'artère ou la veine blessée.

Une traînée rouge dans la direction du vaisseau indique ordinairement son trajet. Le sang infiltré dans la gaîne d'une artère donne à ce vaisseau la forme d'un cône dont la base correspond à la blessure et le sommet à l'endroit où se termine l'infiltration du sang. Cette terminaison est plus ou moins élevée suivant la force de l'animal.

Si le vaisseau est blessé seulement, on trouve un bouchon d'un brun noirâtre qui ferme son ouverture.

Si le vaisseau est complètement divisé, on trouve un caillot brun noirâtre à chaque extrémité. Plusieurs chirurgiens qui ont assisté à mes expériences m'ont avoué qu'ils étaient bien aises d'avoir vu l'artère dans cet état, et qu'ils auraient pu se tromper, ne s'imaginant pas que l'aspect de ce vaisseau pût éprouver un changement aussi grand.

Lorsqu'on examine le sang épanché immédiatement après l'accident ou l'expérience, et pendant la vie de l'animal, on trouve qu'il est rouge dans la masse sanguine, rose dans le cratère, brun dans les parois de ce canal, et brun noirâtre dans le caillot de la plaie artérielle.

Pourquoi existe-t-il une différence de couleur et de consistance si tranchée entre le caillot qui est dans le cratère et celui qui bouche la plaie artérielle ?

Serait-ce le frottement du sang qui altérerait les caillots, soit physiquement, soit chimiquement?

Le bouchon du cratère est vermeil comme le sang artériel; le caillot de l'artère et les parois du cratère sont à peu près de même couleur, c'est-à-dire d'un brun foncé presque noir.

Si on sacrifie l'animal pour examiner le sang épanché, le caillot ou cratère est quelquefois noir comme un caillot veineux, ce qui dépend de ce que l'hématose avait cessé avant la mort.

Les effets du sang épanché au-delà du vaisseau ouvert ne présentent rien de particulier : ils varient suivant que le cul-de-sac de la blessure est plus ou moins profond au-delà de la lésion du vaisseau.

Lorsque la blessure a traversé le membre de part en part, après avoir intéressé le vaisseau, on conçoit que les effets des épanchements sanguins diffèrent dans ce cas, parce que le sang a deux issues et par conséquent plus de facilité à sortir et moins à s'infiltrer; mais si on a bouché les deux ouvertures, le sang s'épanche du côté où il trouve moins de résistance, et partout où il rencontre un tissu cellulaire lâche.

Les faits observés sur l'homme concordent parfaitement avec mes expériences sur les animaux vivants, et j'ai acquis la conviction que les phénomènes sont tout-à-fait comparables ; il y a en effet, sous ce rapport, une grande analogie, je dirai même une identité presque complète : aussi n'est-il pas étonnant que la blessure des vaisseaux fournisse des résultats semblables sur l'homme et sur les animaux. Ce fait de chirurgie expérimentale prouve l'importance des vivisections et le parti qu'on peut en tirer. Ce n'est, du reste, qu'un exemple de plus en faveur des expériences sur les animaux vivants, pour éclairer une foule de questions importantes de la chirurgie.

Les tumeurs sanguines traumatiques ont souvent été observées sur l'homme par les chirurgiens; mais ils ne pouvaient les étudier à loisir comme sur les animaux, et trouver ce qui était si utile à connaître pour savoir se diriger dans cette masse sanguine. Les faits observés sur l'homme prouvent aussi bien que les expériences sur les animaux vivants que la blessure d'une grosse artère est presque toujours mortelle, si on ne s'oppose efficacement et promptement à la sortie du sang. Je n'en veux citer qu'un seul exemple :

Un jeune homme de 21 ans, d'une force athlétique, reçoit un coup de couteau au bras, l'artère brachiale est ouverte en travers dans la moitié antérieure de son étendue; le blessé perd une grande quantité de sang, et quoiqu'un peu pris de vin et très affaibli, il se rend chez ses parents à trois cents pas environ du lieu de l'accident; il reste sans secours de minuit à trois heures du matin; alors une compression méthodique est faite à l'hôpital Saint-Antoine, mais le blessé meurt à 6 heures et 1/2 du matin.

On pourrait citer beaucoup d'autres faits analogues.

J'arrive aux déductions pratiques que l'on peut tirer des idées nouvelles que je propose et qui sont basées sur l'étude de la nature.

En ouvrant la tumeur sanguine pour aller tordre ou lier une artère ouverte, comme je le conseille, on a le triple avantage :

1° D'arriver directement sur la blessure du vaisseau;

2° D'avoir la possibilité d'obturer les deux bouts du vaisseau;

3° D'éviter les abcès et la gangrène de la tumeur.

Par ce moyen, on aura moins à craindre les accidents graves qui résultent souvent du principe opposé, c'est-à-dire d'aller chercher les artères blessées au-delà de l'épanchement.

Du reste, on n'avait pris une autre voie que parce qu'on ne savait pas se diriger dans cette masse sanguine où l'on craignait de s'égarer. Les faits de Deschamps,

de Dupuytren, etc., viennent à l'appui de ce que j'avance, et prouvent en faveur du principe que je désire établir.

Il ne suffit pas d'avoir compris ce qu'il faut faire, il importe surtout de savoir ce qu'on doit éviter.

D'abord il ne faut pas arrêter l'hémorrhagie d'une manière illusoire, comme cela arrive trop souvent, et il importe de surveiller le blessé autant que possible, afin de maîtriser l'hémorrhagie si elle reparaissait. A mon avis, beaucoup de blessés sont morts d'hémorrhagie, parce que les premiers secours avaient été mal administrés.

Pour les secours définitifs, j'ai déjà dit qu'on devait éviter de s'éloigner de la blessure, et que, lorsqu'il y avait une tumeur sanguine, il ne fallait pas broyer les caillots avec les doigts comme cela se fait ordinairement.

Enfin, il faut éviter de suspendre les recherches auxquelles on se livre pour trouver le vaisseau ouvert, lors même que l'hémorrhagie s'arrêterait avant qu'on ne l'eût rencontré.

Dans ce mémoire j'ai cherché à établir :

1° Que les tumeurs sanguines traumatiques consécutives à l'ouverture d'un vaisseau par une petite plaie de la peau ont une disposition toute particulière fort importante pour la pratique chirurgicale, puisque j'ai démontré qu'il existe toujours un trajet ou un conduit central dans ces tumeurs ;

2° Que ce conduit central, qui est constant et qu'on peut tout naturellement comparer à un puits, à une cheminée ou à un cratère, doit être appelé *trajet conducteur*, parce que c'est le guide le plus sûr pour trouver la blessure du vaisseau ;

3° Qu'il y a une analogie parfaite sur ce point entre les faits observés sur l'homme et les expériences directes sur les animaux vivants ;

4° Que la difficulté de trouver le vaisseau blessé, et par suite les erreurs graves et quelquefois funestes qui ont été commises par les plus grands chirurgiens dans des cas pareils, prouvent la nécessité d'étudier ces tumeurs sur les animaux vivants, afin d'apprendre à reconnaître le trajet de la plaie et à vaincre toutes les difficultés qui peuvent se présenter ;

5° Que le meilleur procédé pour arriver à la blessure d'un vaisseau, à travers ces tumeurs sanguines, consiste à suivre le trajet de la plaie, qui forme un conduit au centre des masses de sang superposées entre les lames du tissu cellulaire environnant la blessure ;

6° Que par ce procédé on a le triple avantage de trouver sûrement le vaisseau blessé, de pouvoir tordre ou lier ses deux bouts, et enfin de favoriser le dégorgement de la tumeur ;

7° Que les hémorrhagies artérielles sont presque toujours mortelles sur le cheval et sur le mouton, tandis qu'elles s'arrêtent souvent d'elles-mêmes sur le chien et sur l'homme, ce qui prouve que le sang des herbivores est moins plastique que celui des carnivores et des omnivores ;

8° Que lorsque la mort arrive par hémorrhagie artérielle, le système veineux reste gorgé de sang, ce qui prouve que l'impulsion du cœur est nécessaire même pour la circulation veineuse ;

9° Enfin, comme résultat pratique fort important, mes expériences et les faits observés sur l'homme démontrent qu'on se presse trop souvent d'opérer après la blessure des artères, et qu'on a tort de ne pas compter davantage sur la possibilité d'obtenir une cicatrice artérielle solide en employant une compression méthodique et des moyens généraux. Ou, en d'autres termes, la formation d'un anévrisme n'est pas la conséquence inévitable d'une blessure artérielle, comme on le croit généralement.

Note sur un nouveau signe pathognomonique des abcès par congestion, *par le docteur* F. d'Arcet.

Dans cette voie que je m'efforce de suivre, parce que je la crois féconde en résultats utiles et inattendus, dans cette sage et discrète application des sciences physiques à l'étude des fonctions de l'organisme qui forme le caractère distinctif des tendances scientifiques actuelles, il m'avait toujours semblé que la chirurgie pouvait gagner plus encore que les autres sciences : sa matérialisation plus évidente, sa nature, son sujet, me paraissaient plus aptes que les autres à recevoir de la chimie, par exemple, un complément de certitude, à voir plus utilement encore affermir sa marche.

Je me disais que là où il y avait un produit pathologique, l'organe producteur, l'organe dont il traduisait l'altération pouvait avoir réagi sur le produit, et lui avoir fait revêtir des propriétés ou des caractères tout nouveaux, tout autres, inattendus, mais peut-être pas inexplicables.

L'espèce de dédain que quelques esprits professent pour ces recherches, la confiance donnée aux déductions souvent hasardées et stériles de l'anatomie pure, la préséance enfin qu'on accorde à ces dernières ne m'ont pas arrêté, et je me suis pris à croire qu'il pouvait y avoir quelque utilité à tâcher d'arriver à la vérité par des voies nouvelles.

Il me sembla que de la matière purulente, ayant le tissu osseux pour origine ou pour point de contact ou de départ, devait être différente de celle engendrée dans le tissu cellulaire ou dans les muscles ; il me sembla qu'il ne pouvait pas se faire que du pus formé au milieu des os ne contînt pas quelques-uns des éléments de ceux-ci, et que par conséquent il devait différer de celui développé dans d'autres tissus.

D'un autre côté, les inconvénients et les dangers qu'entraîne l'ouverture des abcès par congestion faisaient désirer que leur diagnostic devînt assez certain pour qu'on ne fût pas à leur égard exposé à de dangereuses méprises. Leur origine est quelquefois si obscure que les signes classiques font défaut, et bien des abcès symptomatiques ont été ouverts pour des abcès froids.

J'avais espéré que dans ce cas la chimie donnerait des renseignements précieux ; ce qui va suivre prouvera jusqu'à quel point mes espérances se sont réalisées.

D'après des analyses répétées, j'ai trouvé que le pus franchement phlegmoneux ne contient que 1/3 de centième, soit 1/300e de matières terreuses. Sans appliquer ici l'analyse dans toute sa rigueur, et en accordant quelque chose aux chances d'erreur possibles dans le pesage d'aussi petites quantités, on pouvait cependant établir par avance que quand le pus contiendrait plus de 1/2 centième ou de 3/4 de centième de matière terreuse (soit 1/200e ou 1/170e), il ne proviendrait pas de la suppuration des parties molles. Or, ainsi qu'on va le voir, le pus fourni par des os malades contient une proportion de sels terreux notablement plus forte ; puisque je ne l'ai jamais trouvée moindre de 1 centième, et que plusieurs fois elle a monté jusqu'à 1 centième 1/2 (environ 1/70e).

L'un des plus beaux cas que je puisse citer en ce genre me fut fourni par M. Malgaigne. La fille de l'un de nos confrères des environs de Paris, jeune personne de 11 à 12 ans, était atteinte depuis plusieurs mois d'une affection qui avait été prise pour une coxalgie : sangsues, vésicatoires, cautères, moxas, rien n'avait enrayé le mal, et un énorme abcès soulevant presque toute la face externe de la cuisse avait tellement aminci la peau, qu'il était urgent de l'ouvrir si l'on ne voulait qu'il s'ouvrît de lui-même. M. Malgaigne fut appelé, reconnut d'abord qu'il n'existait aucune trace de coxalgie, et, recherchant la source de l'abcès, s'aperçut

d'une saillie anomale des épines des deux dernières vertèbres lombaires. Il y avait donc lieu de soupçonner une carie vertébrale ; mais, d'un autre côté, l'enfant ne s'est jamais plaint de cette région. La mère croyait se rappeler que cette conformation était originelle ; il n'y avait eu aucun signe de compression des troncs nerveux ; et, en pressant sur l'abcès, on ne pouvait reconnaître aucune communication, ni à l'extérieur de la fesse, ni par la fosse iliaque, ni par la cavité pelvienne en portant le doigt dans le rectum. L'abcès fut ouvert par deux larges incisions ; le doigt porté dans l'incision supérieure ne sentit aucune dénudation des os, et ne put pas trouver davantage la voie de communication soupçonnée.

Dans ces circonstances, il restait donc douteux si l'on avait affaire à un abcès par congestion ou à un simple abcès froid ; et M. Malgaigne, désirant avoir mon avis, me remit, le 15 mars 1842, une certaine quantité de pus, venant de cet abcès, à analyser ; sans me rien dire qui pût tourner mes présomptions d'un côté ni de l'autre. Ce pus contenait un centième 1/2 (environ 1/70e) de matière terreuse, et je n'hésitai pas à le regarder comme provenant d'une affection des os. Alors M. Malgaigne me conduisit près de sa malade ; nous recherchâmes aussi vainement que par le passé la voie de communication de l'abcès ; du reste, la suppuration était peu abondante, le pus bien lié, les chairs fermes, l'appétit excellent, la nutrition en parfait état ; et, malgré toute ma conviction, je me demandai si nous n'aurions pas là une exception à la règle. Ce doute ne dura pas long-temps ; la suppuration, au lieu de tarir, ne fit qu'augmenter ; la nutrition s'altéra, les joues pâlirent et se creusèrent ; et bien que la bonne constitution de la malade l'ait conservée jusqu'à présent, la persistance de la suppuration n'a laissé aucune incertitude à tous les médecins qui l'ont vue sur l'existence d'une affection du rachis comme origine de cet énorme abcès.

J'ai eu, depuis lors, d'assez nombreuses occasions de vérifier ce nouveau signe, que je n'hésite pas à regarder comme pathognomonique.

M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, me demanda la composition d'un liquide purulent dont il ne me dit pas la source. Il contenait comme le précédent un centième et demi de matières salines ; semblable au précédent, il fut indiqué comme venant des os, et en effet il avait été retiré d'un abcès par congestion de la région cervicale.

Quelque temps après le même chirurgien m'adressa un autre liquide qui ne contenait qu'un demi-centième de matière terreuse ; j'ai su plus tard qu'il avait été pris dans un abcès froid.

Deux cas nouveaux de ce genre se sont présentés dans ma pratique : dans l'un le pus venait d'un abcès produit sur la face dorsale de la main et consécutif à l'altération profonde des os du métacarpe ; dans l'autre il s'agissait d'un abcès froid simple siégeant sur la région scapulaire, et dans ces deux cas l'analyse avait donné au diagnostic un degré de certitude mathématique.

Enfin, comme cette note était déjà livrée à l'impression, j'ai trouvé et saisi l'occasion d'une analyse nouvelle qui n'a pas été moins concluante que les précédentes. Il s'agit d'un malade couché dans le service de M. Gerdy, à l'hôpital de la Charité, et qui porte, dans la région dorsale, un vaste abcès bien évidemment produit par une carie vertébrale voisine, dont les caractères sont des plus manifestes. Déjà M. Gerdy avait vidé par la ponction cet abcès, qui s'était rempli de nouveau ; une nouvelle ponction fut faite lundi dernier, 13 février, et une partie du pus me fit remise par M. Veyne, interne du service. Il contenait 1 p.0/0 de résidu incombustible ; l'analyse chimique était ainsi d'accord avec le diagnostic clinique.

Rien d'ailleurs n'est plus simple que cette détermination de la quantité de matière terreuse contenue dans un liquide ; le procédé suivant y conduira d'une manière certaine.

Après avoir recueilli, à l'aide d'une ponction explorative, une certaine quan-

tité du pus douteux, on en pèsera 10 grammes, qui seront desséchés, puis brûlés dans une petite capsule en platine ou même de porcelaine, semblable à celles qu'on rencontre dans tous les laboratoires. Le résidu de la combustion de ce pus sera pesé, et on verra quelle est sa proportion par rapport aux 10 grammes de matière employée. Dans les hôpitaux, l'interne en pharmacie, et dans la pratique civile, le premier pharmacien venu se chargera de cette analyse et la conduira à bien.

Si l'on examine ensuite chimiquement le résidu de l'évaporation de la matière purulente, on s'assurera, par les moyens appropriés, que ce résidu est en grande partie composé de phosphate de chaux.

Bien des gens, je le sais, vont se récrier contre les embarras de cette intervention de connaissances nouvelles, et ce surcroît de besogne ; mais, je le répète, il y a des cas où les difficultés ne sont rien, où la peine doit être comptée pour bien peu, surtout quand il s'agit d'éviter à tout prix de funestes résultats.

Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement des membres inférieurs dans les coxalgies, par M. Bonnet, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

La question de l'allongement et du raccourcissement du membre inférieur dans les coxalgies est loin d'être résolue, malgré les travaux nombreux dont elle a été le sujet. Sa solution est cependant indispensable à la connaissance du diagnostic précis des maladies de la hanche, et à l'interprétation rigoureuse des résultats que produit le traitement de ces maladies. Depuis bien des années, j'en ai fait une étude spéciale, et je crois pouvoir aujourd'hui apporter quelques-uns des éléments qui manquent encore à sa solution complète.

J'espère que mes observations, en ajoutant à celles que possède la science, me permettront de discuter avec quelque sûreté les opinions si contradictoires émises par les auteurs sur la cause de l'allongement et du raccourcissement; et qu'il me sera possible de discerner le degré d'importance que l'on doit assigner à chacun des faits jusqu'à présent connus sur la longueur comparée des deux membres inférieurs dans les maladies de la hanche.

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'ALLONGEMENT DANS LES COXALGIES.

Pour rendre plus claire l'exposition de la doctrine que je soutiens sur les causes de l'allongement dans les coxalgies, j'exposerai d'abord mes idées sur ce sujet, sans en mêler le développement à celui des opinions qu'on trouve dans les auteurs. Je ferai connaître et je discuterai ensuite chacune de ces opinions.

L'allongement dans les coxalgies est toujours apparent;—il ne dépend que de la position où se placent les malades;—jamais il n'est dû à l'écartement de la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde.

Pour démontrer ces propositions, je dois faire connaître avant tout quelle est la position qu'adoptent les malades dont la cuisse est allongée ; je montrerai ensuite que cette position suffit pour expliquer l'allongement, quelle que soit l'étendue de celui-ci.

1° *Lorsque dans une coxalgie le membre malade est allongé, l'épine iliaque du côté allongé est située plus bas et plus en avant que celle du côté sain; et la cuisse est portée tout à la fois dans la flexion et l'abduction.*

La preuve de cette proposition ne peut être complètement donnée que dans une salle de malades, elle ne peut être clairement exposée qu'à l'aide de dessins qu'il m'est impossible de reproduire dans ce journal; mais je n'hésite point à dire que tous ceux qui chercheront à en vérifier cliniquement la justesse lui trouve-

ront une rigoureuse exactitude. Je dois me borner ici à indiquer les précautions à prendre pour l'étudier.

Rien n'est plus aisé que de reconnaître l'abaissement et la position plus antérieure de l'épine iliaque du côté allongé. Il est également facile d'apprécier la flexion de la cuisse sur le bassin, si on observe le malade debout ; mais cette flexion peut échapper, si le malade est couché. En général, lorsqu'on voit le membre inférieur reposer sur le lit bien horizontalement, on croit que la cuisse n'est pas pliée sur le bassin. Cette preuve est insuffisante. Pour qu'il n'y ait point de flexion, il faut que la partie postérieure du tronc et celle des membres abdominaux puissent être simultanément appuyées sur le lit. Quand il y a flexion permanente de la cuisse sur le bassin, les malades sont toujours plus ou moins assis dans leur lit, et si l'on veut les faire coucher, leur colonne vertébrale forme une courbe à concavité postérieure, et ne touche le lit ni par sa région lombaire ni par sa région dorsale ; dès lors, on peut passer entre le lit et les reins un corps plus ou moins volumineux, suivant que la flexion de la cuisse sur le bassin est plus ou moins prononcée. Comme, dans les cas d'allongement, le malade est toujours dans l'impossibilité de faire reposer tout à la fois sur le lit la face postérieure de sa cuisse et celle de sa colonne vertébrale; comme il ne peut maintenir horizontalement l'une de ces parties, sans que l'autre ne soit plus ou moins soulevée, il est évident que la cuisse est constamment pliée sur le bassin. Cette flexion est toujours considérable.

Quant à l'abduction de la cuisse, elle est encore facile à reconnaître, si le malade est debout et s'il regarde l'observateur directement en face. Dans cette position on voit sans peine que la partie inférieure de la cuisse s'éloigne de l'axe du tronc, et que cette partie du membre pelvien est tournée en dehors.

Mais lorsqu'on observe le malade couché, ainsi qu'on a l'habitude de le faire, très souvent on ne reconnaît pas une abduction même assez prononcée ; c'est qu'alors le malade place la cuisse dans la direction du lit, et qu'on croit qu'elle se trouve aussi dans l'axe du tronc. Pour éviter cette erreur, il faut chercher les deux épines iliaques et supposer une ligne qui les unit; la perpendiculaire à cette ligne est l'axe du bassin : on prolonge idéalement cet axe entre les cuisses, et l'on voit de suite que la partie inférieure du fémur du côté allongé s'éloigne plus ou moins de cet axe, tandis que celle du côté raccourci s'en rapproche ou pour mieux dire est croisée par lui.

C'est en observant avec les mêmes précautions que l'on reconnaît que le fémur est porté dans la rotation en dehors, laquelle, du reste, accompagne toujours l'abduction.

Un fait qu'il importe aussi de remarquer dans l'observation des malades dont le membre est allongé, c'est que, suivant la remarque déjà faite par Fricke de Hambourg, l'épine iliaque du côté le plus long est toujours plus rapprochée de l'extrémité inférieure du fémur correspondant que les mêmes parties du côté opposé. Ce rapprochement entre l'épine iliaque et la rotule du côté le plus long dépend de ce que le membre de ce côté est celui vers lequel s'incline le bassin, et qu'en fléchissant celui-ci sur la cuisse, on rapproche l'épine iliaque abaissée de la partie inférieure du fémur correspondant, tandis qu'on éloigne ces deux parties du côté opposé.

2° *La position dans laquelle l'épine iliaque du côté allongé est située plus bas et plus en avant que l'épine iliaque du côté le plus court, et dans laquelle la cuisse est légèrement fléchie et portée dans l'abduction, suffit à elle seule pour rendre compte de l'allongement.*

La meilleure preuve de fait que je puisse donner de cette proposition est la suivante.

On peut toujours donner au membre sain, en apparence raccourci, la même

longueur qu'au membre du côté malade; il suffit pour cela de le porter dans la même flexion et la même abduction que ce dernier. Quand on a établi cette identité de position entre les deux cuisses, on leur trouve constamment la même longueur à l'une et à l'autre (1).

Évidemment, si l'allongement dépendait de ce que la cuisse du côté malade est séparée par une cause quelconque de la cavité cotyloïde, on devrait trouver le membre malade plus long que celui du côté sain, même après que les deux membres auraient été mis dans une position identique, ce qui n'a pas lieu, comme on le voit.

Mais comment l'abaissement et la position plus antérieure d'une épine iliaque combinée avec la flexion et l'abduction de la cuisse correspondante peuvent-elles faire paraître cette cuisse plus longue que celle du côté opposé?

C'est ce qu'il nous reste à dire.

Et d'abord il ne s'agit pas d'expliquer comment la position choisie par les malades produit un allongement réel, puisque cet allongement réel n'existe pas. Loin de là, comme nous l'avons vu en parlant des observations cliniques, le côté le plus long est celui où l'on trouve le moins de distance entre l'épine iliaque et le bout du pied. Ce qu'il s'agit d'expliquer, c'est pourquoi le membre du côté malade dépasse celui du côté sain.

Pour se rendre compte de cette disposition, il faut se rappeler que le membre du côté sain, qui, dans l'examen clinique, sert de terme de comparaison, est fléchi comme celui du côté affecté et qu'il est porté dans l'adduction.

Rien de plus facile à comprendre que l'abaissement de l'épine iliaque d'un côté soit une cause d'allongement; car l'os des îles ne peut s'abaisser dans une certaine étendue à droite ou à gauche, sans que le pied correspondant ne descende dans la même étendue. Il est à remarquer toutefois que l'abaissement du bassin est une cause d'allongement moins importante qu'on ne l'a cru; la différence que l'on peut produire entre la hauteur des pieds en inclinant autant que possible l'un des côtés du bassin n'est jamais de plus de 2 ou 3 centimètres, différence qui est bien loin d'être égale à celle qu'on observe sur des malades, où elle va quelquefois jusqu'à 8 ou 10 centimètres.

Il faut plus d'attention pour comprendre comment la position plus antérieure de l'épine iliaque du côté allongé peut, en se combinant avec la flexion de la cuisse sur le bassin, devenir une cause d'augmentation dans la longueur apparente du membre malade.

---

(1) On peut croire, au premier abord, qu'en portant la cuisse du côté sain dans la même flexion et la même abduction que celle du côté malade, on ne crée pas l'identité de position que l'on cherche à établir; car, du côté malade, le bassin est placé plus bas et plus en avant que du côté sain, et, dans l'expérience que je viens d'indiquer, on ne change pas la situation du bassin. Mais, qu'on le remarque bien, si l'on porte la cuisse dans l'abduction, on l'écarte de l'axe du tronc, et si l'on incline latéralement le bassin sur la même cuisse, l'axe du tronc s'en écarte également. L'on obtient donc le même résultat, soit que l'on porte la cuisse dans l'abduction, soit que l'on incline le bassin sur la cuisse. Je pourrais démontrer également qu'en fléchissant la cuisse sur le bassin ou en inclinant en avant le bassin sur la cuisse, les mêmes rapports s'établissent entre ces deux parties, pourvu que le degré de la flexion soit le même de part et d'autre. Ce sont ces considérations assez difficiles à développer avec clarté qui expliquent comment, sans agir sur le bassin dans la position que l'on donne à la cuisse saine, on peut placer cette cuisse dans la même position que la cuisse allongée.

Pour créer l'identité de position du membre inférieur à droite et à gauche, il faut supposer l'axe du bassin prolongé entre les membres et placer les genoux des deux côtés à une égale distance de cet axe idéal. Si l'on éprouve quelque embarras à déterminer la direction de l'axe du bassin, on cherche les deux épines iliaques, l'axe du bassin est la perpendiculaire de la ligne qui réunit ces deux épines.

Remarquez toutefois que, lorsqu'on est assis, on ne peut porter une épine iliaque en avant, sans que le genou correspondant ne dépasse celui du côté opposé de la même étendue que l'épine iliaque la plus antérieure dépasse celle qui est restée en arrière. Il en est de même lorsque la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin; or, comme tous les malades affectés de coxalgie dont la cuisse est allongée ont cette cuisse fléchie sur le bassin, on voit qu'ils se trouvent précisément dans le cas où la position plus antérieure de l'épine iliaque devient la cause d'un allongement apparent.

La troisième cause que j'ai signalée, comme contribuant à faire paraître un membre plus long que l'autre est l'abduction du membre le plus long comparée à l'adduction du membre le plus court ; l'influence de cette cause serait impossible à comprendre, si l'on cherchait dans l'adduction ou l'abduction portées l'une et l'autre au même degré un motif de raccourcissement réel; mais il faut se rappeler que tout ici n'est qu'apparent et que l'on compare toujours un membre à l'autre. Or, si les deux cuisses étaient entraînées l'une et l'autre du côté gauche, de manière à faire un angle droit avec l'axe du tronc, on voit que l'un des genoux dépasserait l'autre de toute la distance qui sépare les deux cavités cotyloïdes. Dans ce cas extrême, l'influence de l'abduction, comme augmentant la longueur apparente du membre, serait de la plus grande évidence ; elle l'est un peu moins lorsque l'abduction est moins prononcée, comme dans les coxalgies avec allongement; elle l'est toutefois assez pour produire un résultat sensible.

En résumé, sans qu'il soit possible de bien assigner la part que prennent à l'allongement apparent les trois dispositions que nous venons de signaler, on voit comment peuvent agir l'abaissement de l'épine iliaque, la position plus antérieure de cette épine iliaque combinée avec la flexion de la cuisse, et enfin l'abduction du membre le plus allongé.

C'est à l'aide de cette combinaison de causes dépendant toutes de la position, qu'on peut expliquer comment une des épines iliaques étant plus basse que celle du côté opposé de 3 centimètres, et le membre malade étant cependant plus long que l'autre de 6 centimètres, il n'est pas nécessaire de recourir à des suppositions hypothétiques pour comprendre cette différence de 3 centimètres. L'abaissement de l'épine iliaque explique pourquoi l'un des genoux dépasse l'autre de 3 centimètres, et la position plus antérieure de cette épine combinée avec la flexion et l'abduction de la cuisse explique les 3 autres centimètres de longueur excédante.

L'expérience citée plus haut sur la possibilité constante de rendre aux deux membres la même longueur réelle et apparente, en portant celui du côté sain dans la même flexion et la même abduction que celui du côté malade, achève d'enlever tous les doutes sur la justesse de ces explications.

Causes de la position dans laquelle le membre inférieur est allongé du côté où la hanche est malade.—Toutes les fois que l'on trouve un malade dont le membre inférieur est allongé dans une coxalgie, la cuisse de ce malade, avons-nous dit, est portée dans la flexion et l'abduction. Cette position coïncide toujours avec l'habitude qu'a contractée le malade de se coucher sur le côté souffrant. Que l'on essaye soi-même de se coucher sur un côté, et l'on verra qu'instinctivement l'on plie la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, et que la cuisse se porte plus ou moins dans l'abduction.

La différence qui sépare la position des malades affectés de coxalgie de celle que l'on peut simuler dans l'état de santé, tient uniquement à ce que dans le premier cas, la cuisse est maintenue avec plus ou moins de fixité dans la position qu'elle a prise, tandis que, dans le second, l'on peut à son gré faire cesser cette position.

Les causes qui dans les coxalgies maintiennent plus ou moins fixement le mem-

bre inférieur dans une position déterminée sont nombreuses : ce sont les formations accidentelles de tissus fibreux et lardacés autour de la capsule articulaire ; ce sont enfin les inégalités que l'ulcération donne aux surfaces articulaires, les adhérences que celles-ci peuvent contracter entre elles.

Examen de l'opinion des auteurs qui attribuent l'allongement du membre inférieur dans les coxalgies à l'abaissement du bassin du côté malade.—L'opinion des auteurs qui attribuent l'allongement du membre inférieur dans les coxalgies à l'abaissement du bassin du côté malade est celle qui se rapproche le plus de l'opinion que j'ai développée plus haut; elle n'en diffère qu'en ce que les auteurs, tout en reconnaissant l'une des causes de l'allongement apparent, méconnaissent les autres causes de cet allongement, telles que la position plus antérieure de l'épine iliaque combinée avec la flexion et l'abduction de la cuisse malade.

Les auteurs qui ont adopté l'opinion que j'examine dans ce chapitre sont nombreux et font autorité.

John Hunter attribue l'allongement à ce que le bassin s'incline du côté affecté ; Brodie adopte la même manière de voir; et Samuel Cooper, traitant de la luxation spontanée du fémur, semble si convaincu que l'abaissement de l'épine iliaque est la cause de l'allongement, qu'il ne fait aucune mention des idées généralement admises par les auteurs français sur la disjonction de la tête du fémur et du fond de la cavité cotyloïde.

L'opinion qui attribue à un abaissement du bassin l'allongement du membre inférieur dans les coxalgies a fait aussi beaucoup de progrès en France dans ces dernières années ; elle a été adoptée par MM. Sanson , J. Guérin, etc.

Tout en faisant une observation très juste, savoir que le bassin s'abaisse toujours du côté de la cuisse qui paraît la plus longue, les auteurs que je viens de citer se sont arrêtés à des études incomplètes sur la position des malades, et n'ont donné qu'une solution insuffisante du problème de l'allongement dans les coxalgies.

Si l'on mesure dans une coxalgie la hauteur de chacune des épines iliaques, on trouve quelquefois 3 centimètres seulement de différence entre l'une et l'autre épine, tandis qu'il y a 6 centimètres de différence entre la hauteur à laquelle descendent les genoux de l'un et de l'autre côté. Dans ce cas, l'inclinaison du bassin explique bien pourquoi l'un des membres a 3 centimètres de plus en longueur que l'autre ; mais d'où viennent les 3 autres centimètres d'allongement? C'est ce problème qui restait à résoudre, et qu'ont cependant négligé tous les auteurs qui se sont occupés des positions dans les maladies de la hanche ; j'ai dit plus haut quelle solution je croyais devoir en donner.

Du reste, les auteurs qui ont tenu compte de l'abaissement de l'un des côtés du bassin pour expliquer l'allongement sont loin d'avoir reconnu la cause de cet abaissement.

Voici l'opinion de Brodie sur ce sujet :

« On comprendra facilement, dit cet auteur, pourquoi la crète de l'un des os iliaques se trouve abaissée du côté malade au-dessous du niveau de l'autre, si on observe la position dans laquelle se place le malade, lorsqu'il se tient debout. Il fait porter le poids de son corps sur le membre sain, dont la hanche et le genou sont maintenus par cela même dans l'extension; en même temps le membre opposé est incliné en avant et le pied du côté malade porte sur le sol, bien en devant de l'autre, non pour lui faire porter une partie du poids du corps, mais afin d'affermir la base de la substentation et maintenir l'équilibre, ce qui ne peut avoir lieu sans que le bassin soit déprimé du même côté. L'inclinaison du bassin est nécessairement accompagnée de la courbure latérale de l'épine, et alors il arrive que l'une des épaules est plus élevée que l'autre, et presque toute l'habitude du corps paraît déformée. Tous ces symptômes peuvent disparaître au bout

de quelques semaines si le malade garde quelque temps le lit et la position horizontale, excepté dans le cas où la difformité existe depuis longtemps chez un jeune sujet, qui peut la conserver toute sa vie, parce que les parties se sont accommodées à ce nouvel ordre de choses pendant l'accroissement. »

L'explication de Brodie ne saurait être admise, d'abord parce qu'elle ne s'applique qu'aux malades qui marchent, et que la plupart de ceux dont le membre s'allonge gardent le lit dès le début de leur mal; et surtout, parce que si ces malades s'appuient sur le membre inférieur du côté sain, ils transportent le centre de gravité sur la base de substentation que ce membre leur fournit. Dès lors, le côté du bassin qui est articulé avec la cuisse saine s'abaisse, et celui du côté opposé, c'est-à-dire, celui du côté malade, s'élève proportionnellement. La marche, loin de produire chez un individu affecté de coxalgie l'allongement du membre malade, en doit donc produire le raccourcissement; l'explication de Brodie, ainsi contraire aux lois de la mécanique animale, est inadmissible.

M. Jules Guérin, en attribuant l'abaissement du bassin à la douleur qu'éprouve le malade et qu'il cherche à soulager en relâchant les muscles, me paraît s'être approché bien plus de la vérité; mais son explication est incomplète comme l'observation qu'il a faite des caractères de l'allongement: dans l'observation clinique de ce phénomène, il ne reconnaît que l'abaissement du bassin; dans l'explication qu'il en donne, il ne tient compte que des causes de cet abaissement. J'ai montré plus haut combien ces observations étaient insuffisantes.

Opinion des auteurs qui attribuent l'allongement de la cuisse dans les coxalgies à l'accumulation de la sérosité dans l'articulation de la hanche. — J. L. Petit est le premier auteur qui ait pensé que l'accumulation de la sérosité dans l'articulation de la hanche pouvait éloigner la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde; il ne faut pas cependant lui attribuer l'idée que cette disjonction est la cause de l'allongement. Il pensait au contraire qu'à mesure que la tête du fémur était repoussée du fond de l'acétabulum, la cuisse devait se raccourcir graduellement. Ce fut Sabatier, qui, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, fit remarquer que, si l'accumulation d'un liquide dans l'articulation repoussait la tête du fémur, un allongement du membre devait être la conséquence nécessaire de cette propulsion en dehors.

Quelle que soit au reste l'origine de l'opinion d'après laquelle on attribue l'allongement à l'action d'un liquide accumulé dans l'articulation coxo-fémorale, pour que cette opinion fût vraie, il fallait avant tout que les liquides sécrétés s'interposassent entre les os qu'ils étaient supposés disjoindre. Cette interposition sur laquelle aucune autopsie ne jetait de lumière fut considéré comme inadmissible par Sabatier d'abord, et depuis par Boyer, Larrey, etc.

Ces auteurs firent remarquer que, si un liquide était sécrété dans l'articulation de la hanche, ce liquide devait se répandre autour du col du fémur et distendre simplement la capsule et les parties molles environnantes; ils pensèrent que le liquide ne devait point se placer entre les os, trop solidement rapprochés les uns des autres.

Le fait fondamental d'après lequel l'allongement pouvait être attribué à une hydropisie ou à un abcès de l'articulation iléo-fémorale ainsi nié, toutes les conséquences qu'on en avait fait découler tombaient d'elles-mêmes.

Cependant, dans ces derniers temps, M. Lesauvage de Caen s'est cru fondé à revenir à l'opinion de J.-L. Petit, relative à la répulsion de la tête du fémur par des liquides; il s'est appuyé, pour revenir à cette opinion ancienne, sur l'observation suivante:

Un homme de 30 ans, d'une constitution lymphatique, après avoir offert une douleur accompagnée d'élongation du membre inférieur, fut traité par les antiphlogistiques, puis les révulsifs, ce qui n'empêcha pas la luxation de se produire;

cependant les douleurs, d'abord vives, se calmèrent, et il marchait avec des béquilles, lorsqu'il succomba aux accidents d'une péritonite. A l'autopsie, on trouva pour toute lésion organique une accumulation de liquide séro-muqueux avec concrétions albumineuses et usure des cartilages de la tête du fémur.

Cette observation a fait impression sur l'esprit de M. Bérard, et a conduit cet auteur à admettre que des liquides pouvaient réellement éloigner la tête fémorale de la cavité cotyloïdienne. Je suis loin de regarder cette conclusion comme légitime, en tant du moins qu'elle est déduite de l'observation de M. Lesauvage. Cette observation montre qu'une accumulation d'un liquide séro-muqueux dans le cotyle coïncidait avec une luxation sur l'os des îles. Mais pour qu'il y eut là autre chose qu'une coïncidence, il faudrait, comme le suppose M. Bérard, que la luxation ne pût reconnaître d'autre cause que l'action du liquide renfermé dans l'articulation ; et cependant elle peut dépendre de plusieurs autres causes, et surtout du mouvement qu'a pu éprouver le fémur en se portant dans l'adduction et la rotation en dedans, mouvement qui suffit à lui seul, lorsqu'il existe concurremment avec l'ulcération du rebord fibro-cartilagineux et de la capsule, pour produire la luxation.

La question en était à ce point d'incertitude, lorsqu'en 1840 je fis la série d'expériences que j'ai publiées dans la *Gazette médicale*, sur les effets physiques produits par des liquides poussés avec force, dans les cavités articulaires ; en faisant les injections dans l'articulation coxo-fémorale avec des matières susceptibles de se solidifier, j'observai que la matière injectée s'interpose partout entre le fémur et le cotyle. La plus grande partie se répand, il est vrai, à l'extérieur du col fémoral ; mais on en trouve toujours entre les os une couche épaisse de 2 millimètres au moins à la partie supérieure, où elle est cependant plus mince que partout ailleurs. Non seulement l'on voit dans ces expériences que le liquide s'interpose entre les os, mais la pression qu'il exerce sur le fémur est assez forte, pour que cet os, préalablement dépouillé de ses parties molles, se fléchisse et se porte dans l'abduction. Ces expériences sur le cadavre prouvent incontestablement que des liquides dans l'articulation coxo-fémorale peuvent s'interposer entre l'acétabulum et le fémur et les écarter l'un de l'autre.

Mais en est-il de même sur le vivant, quand la capsule graduellement distendue peut céder à l'effort du liquide ? C'est ce dont il est permis de douter.

Sur le cadavre, un liquide injecté dans l'articulation du genou se place entre le tibia et le fémur, et force la jambe à se fléchir ; celle-ci ne peut être ramenée à l'extension tant qu'une partie du liquide n'est point écoulée. Cependant le genou, dans les hydarthroses même volumineuses, peut être aisément étendu, ce qui dépend sans doute de ce que la sérosité distend les parties molles au lieu de se placer entre les os ; il peut en être de même à la hanche. D'où il suit que le fait de l'écartement des os par un liquide est possible, mais que son existence sur le vivant n'est pas démontrée ; et s'observât-il réellement, l'allongement pourrait-il en être la conséquence ?

J.-L. Petit pensait que l'allongement n'avait pas lieu ; Sabatier soutenait une opinion contraire. Le premier raisonnait sur les conséquences de la propulsion au dehors de la tête du fémur, comme si la cavité cotyloïde eût été dépouillée de ses parties molles et qu'elle s'évasât par conséquent depuis son fond jusqu'à son rebord ; le second calculait la marche du fémur chassé du cotyle, en admettant que le fibro-cartilage était conservé et par conséquent que la paroi supérieure de l'acétabulum formait une courbe à concavité inférieure.

Cependant ces auteurs supposaient dans leur discussion que le fémur écarté par un liquide du fond de l'acétabulum restait étendu sur le bassin, ce qui n'est point, puisque mes expériences sur les injections démontrent que les liquides qui s'accumulent dans l'articulation coxo-fémorale fléchissent le fémur en le portant en

dehors. C'est dans cette position qu'il faut rechercher si les liquides peuvent produire un véritable allongement. *A priori,* l'on peut dire que cet allongement doit être bien peu considérable, puisque l'épaisseur de la couche d'injection qui s'accumule entre les os ne dépasse pas 4 à 5 millimètres dans sa partie la plus épaisse.

En fait, cet allongement n'est jamais sensible à la mensuration; souvent, après avoir injecté une articulation coxo-fémorale et fait mouvoir le fémur par cette injection, nous avons placé avec la main la cuisse du côté opposé dans une position identique à celle dont l'articulation avait été injectée. Jamais la mensuration n'a montré de différence appréciable dans la longueur de l'un et de l'autre.

En résumé, les liquides sécrétés dans l'articulation coxo-fémorale peuvent s'interposer entre les os, comme l'avait pensé J.-L. Petit; mais l'écartement qu'ils peuvent produire est trop peu considérable pour contribuer d'une manière évidente à l'allongement du membre inférieur.

Examen de l'opinion des auteurs qui attribuent l'allongement de la cuisse dans les coxalgies au gonflement du ligament rond du paquet cellulo-graisseux situé au fond de la cavité cotyloïde. —L'idée que l'allongement est dû à la répulsion de la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde par le gonflement du ligament rond et de la glande synoviale qui entoure l'insertion de ce ligament est très généralement admise en France; parmi les auteurs qui l'ont adoptée, je citerai Boyer, Larrey, etc.

Les faits anatomiques qui semblent confirmer cette opinion se trouvent en assez grand nombre dans les ouvrages de ces auteurs et se présentent fréquemment dans la pratique. Ainsi, l'on trouve un grand nombre de cas où le fond de l'acétabulum est rempli d'une masse molle, rougeâtre, fongueuse, et que l'on considère comme formée par le ligament rond et le paquet cellulo-graisseux de l'acétabulum hypertrophié; souvent avec la formation de ces fongosités l'on trouve la tête du fémur luxée sur l'os des îles, et, d'après les auteurs que je viens de citer, on considère que ce sont ces masses fongueuses qui ont repoussé l'os de sa cavité normale.

Cette dernière opinion peut être contestée, car la formation de tissus nouveaux qui remplit la cavité cotyloïde peut être un effet de la luxation, comme je l'ai vu dans un cas où cette cavité était complètement oblitérée par un tissu cellulo-fibreux, à la suite d'une luxation accidentelle qui datait de deux mois. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on a admis, comme nous l'avons fait, que dans de certains cas la sérosité peut s'interposer entre les os, on est conduit inévitablement à admettre la même interposition et la même disjonction par les fongosités. Mais, lors même qu'on admettrait que les masses fongueuses développées dans le fond de l'acétabulum peuvent repousser la tête du fémur, pourrait-on les considérer comme une cause d'allongement? C'est ce dont il est permis de douter; toutes les fois qu'on trouve des fongosités en assez grande quantité pour repousser la tête du fémur, les os sont ramollis, et le rebord de la cavité cotyloïde privé de fibro-cartilages est ulcéré; or l'allongement, qui serait douteux si l'articulation avait conservé sa disposition normale, est évidemment impossible, dès que son contour est ulcéré. Dans ce cas, la tête du fémur que l'action des muscles fait toujours presser sur la paroi supérieure de l'acétabulum doit, suivant la remarque de Sabatier, s'élever constamment, si elle est repoussée en dehors.

Opinion des auteurs qui attribuent l'allongement dans les coxalgies au gonflement des cartilages.—Bichat, dans sa rédaction des *Œuvres chirurgicales* de Desault, et Boyer, ont attaché une grande importance au gonflement des cartilages, considéré comme cause de répulsion de la tête du fémur et par suite de l'allongement du membre inférieur. Il me paraît impossible de partager l'opinion de ces auteurs.

Toutes les autopsies de Brodie sur les luxations spontanées de la hanche, toutes

celles de Sabatier insérées dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, les observations que cite Boyer lui-même, etc., montrent l'ulcération ou la destruction complète des cartilages dans la cavité cotyloïde et sur la tête du fémur, et s'il était besoin de citer les faits que j'ai pu observer, ceux qui m'ont été rapportés par un grand nombre de médecins, je montrerais que l'ulcération des cartilages est constante du moment où l'inflammation pénètre entre les surfaces articulaires. L'analogie, du reste, ne peut laisser aucun doute sur l'absorption de ces cartilages. Chaque semaine dans les grands hôpitaux l'on voit les inflammations chroniques du genou, du pied ou du coude en produire l'ulcération, et ce phénomène est si constant que l'on ne peut douter qu'il ne se produise dans l'articulation du fémur, qui diffère des autres articulations par sa forme et non point par les propriétés des parties qui la composent. Bichat, dans les Œuvres de Desault, s'est appliqué cependant à prouver que le gonflement des cartilages pouvait exister et repousser la tête du fémur : il a même cité trois observations à l'appui de sa proposition. Mais ces observations, dont une seule paraît avoir été faite par Bichat lui-même, sont si peu détaillées qu'elles ne sauraient enlever le doute sur l'existence de l'altération qu'elles signalent.

Dans toutes il est dit que le cartilage était gonflé, mais aucun détail ne fait connaître jusqu'à quel point ce gonflement s'étendait; les cartilages n'ont point été incisés, on assure seulement qu'ils remplissaient en tout ou en partie la cavité cotyloïde. Mais quelle était alors la profondeur de cette cavité ? C'est ce que l'auteur ne dit point, et cependant cette précaution était bien nécessaire, puisque la tête du fémur était luxée sur l'os des îles, et que dans ce cas les rebords de la cavité étant détruits, celle-ci devait être en partie effacée.

Cependant, comme l'on possède des observations assez nombreuses de maladies de cartilages observées surtout au genou et dans lesquelles l'épaisseur de la couche cartilagineuse était augmentée d'un ou 2 millimètres, l'analogie ne permet pas de nier la possibilité d'un semblable gonflement dans l'articulation iléo-fémorale ; mais si ce gonflement existe, l'allongement qu'il peut produire doit être inappréciable, et dès lors on ne peut lui faire jouer aucun rôle dans la production de l'allongement.

Examen de l'opinion des auteurs qui attribuent l'allongement au gonflement de la tête du fémur. — Rust est l'auteur qui a attaché le plus d'importance au gonflement de la tête du fémur, considérée comme cause d'allongement. Son opinion suppose, d'une part, que le gonflement de la tête du fémur a été observé dans des cas d'allongement, ce dont je ne connais pas de preuve anatomique ; de l'autre, que si ce gonflement existait, il pourrait augmenter sensiblement la longueur de la cuisse. Plusieurs raisons conduisent à douter de la possibilité de cet allongement.

Le gonflement du tibia et du fémur dans l'articulation du genou ne va jamais jusqu'à produire un allongement apparent. Là, cependant, les surfaces articulaires sont disposées de telle sorte que les extrémités des os ne peuvent se gonfler sans que le membre ne s'allonge. A l'articulation coxo-fémorale, le gonflement de la tête du fémur ne peut être suivi immédiatement que de sa projection en dehors, ce qui est loin d'assurer un allongement aussi sensible que celui qu'on pourrait observer à la suite du gonflement des os dans l'articulation du genou. Or, si, dans cette dernière articulation, le gonflement des os est impuissant à allonger le membre, à plus forte raison cette impuissance se retrouvera-t-elle dans l'articulation de la hanche.

A l'appui de ces raisonnements vient l'expérience de Fricke, que nous avons répétée, et qui démontre que lors même qu'on augmente artificiellement le volume de la tête du fémur, on produit un allongement à peine appréciable. Fricke ayant augmenté le volume de la tête du fémur par l'addition de quelques morceaux de draps, de manière à donner de quatre à cinq lignes de plus à celle-ci, a vu qu'il ré-

sultait de cette augmentation de volume un allongement presque nul. Je l'ai trouvé au plus de quatre à cinq millimètres dans mes expériences.

Examen de l'opinion des auteurs qui attribuent l'allongement dans les coxalgies au relâchement des muscles. — MM. Larrey et Frike sont les seuls auteurs, à ma connaissance, qui aient fait jouer un certain rôle au relâchement des muscles, dans la production de l'allongement, mais ce relâchement n'a jamais été démontré par l'observation ; loin de là, on voit toujours autour de la hanche malade, comme autour du genou, du coude, chroniquement enflammés, les muscles roides, peu extensibles, maintenir avec force et avec fixité les os dans une position déterminée. Sans cette roideur, qui me semble constante, la cuisse dans les coxalgies devrait pouvoir être mue librement autour de la cavité cotyloïde, ce qui n'a jamais lieu, comme on le sait.

Du reste, lors même que les muscles seraient relâchés, leur laxité ne serait pas plus grande que dans les paralysies, et dans celles-ci la rétraction de tissu qui est inhérente aux muscles suffit pour maintenir le fémur fortement rapproché de la cavité cotyloïde.

Résumé. — En résumé : 1° les auteurs qui ont vu dans l'abaissement de l'un des côtés du bassin la cause de l'allongement ont bien apprécié une des conditions qui font paraître le membre malade plus long que le membre sain ; mais leurs observations sont incomplètes et ne donnent qu'en partie la solution du problème de l'allongement ;

2° L'accumulation des liquides dans l'articulation coxo-fémorale peut repousser la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde ; mais cette répulsion, très faible, ne peut être une cause d'allongement appréciable ;

3° Les mêmes observations s'appliquent au gonflement du paquet cellulo-graisseux, situé au fond de la cavité cotyloïde ;

4° La tuméfaction de la tête du fémur, même dans les cas rares où elle existe, est également sans influence sur l'allongement ;

5° Quant au gonflement des cartilages et au relâchement des muscles, on peut douter de leur existence, et il est impossible de lui reconnaître aucune influence sur la répulsion de la tête du fémur et sur l'allongement du membre malade ;

6° L'ensemble des conditions qui font paraître une cuisse plus longue que l'autre se compose de l'abaissement et de la position plus antérieure de l'épine iliaque du côté allongé et de la flexion unie à l'abduction de la cuisse du même côté. Les rapports du bassin et du fémur sont toujours maintenus avec plus ou moins de fixité, et le diagnostic de l'allongement se réduit à la détermination de la part qu'ont à sa production chacune des positions que je viens de rappeler et à la connaissance des causes qui empêchent les positions d'être changées au gré du malade.

Applications pratiques de la connaissance des véritables causes de l'allongement du membre inférieur dans les coxalgies. — Voici plusieurs faits pratiques, relatifs à l'allongement dans les coxalgies qui méritent une sérieuse attention, et qui confirment les conclusions précédentes.

Pouteau cite l'observation d'une femme qui souffrait depuis long-temps à l'articulation de la hanche et qui présentait, du côté malade, un allongement de deux pouces ; elle éprouva de tels effets de l'application de deux moxas, que la tête du fémur remonta, dit-il, le même jour dans sa cavité, et que le sixième jour les deux genoux étaient presque au même niveau.

M. Bajard, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, m'a cité deux cas du même genre.

On trouve dans la Clinique chirurgicale de Larrey l'observation suivante :

« M. le docteur Koreff, l'un des savants professeurs de Berlin, avait eu la bonté « de me dire, lors de son passage à Paris, dans le commencement de 1816, que « M. le professeur Rust, de Vienne, aujourd'hui professeur à l'université de Ber-

« lin, se servait avec un grand avantage, et sans nuls préparatifs, du fer rouge,
« qu'il appliquait sur l'articulation et dans trois lignes obliques réunies au grand
« trochanter. M. Rust a fait construire à cet effet un cautère pyramidal, dont la
« forme et l'épaisseur sont telles qu'il conserve, pendant toute l'application, la
« quantité de calorique nécessaire pour opérer d'un seul trait, et sans qu'on soit
« obligé de le replonger dans le feu, la cautérisation désirée. Il a observé qu'im-
« médiatement après cette cautérisation le membre revient tout à coup à sa lon-
« gueur naturelle, et se met de niveau avec celui du côté opposé ; j'ai eu occasion
« de voir cette rétraction subite sur un grand nombre de sujets, chez lesquels
« elle s'est reproduite telle que l'annonce le professeur allemand. »

Ces faits sont inintelligibles dans la supposition que l'allongement dépend de la répulsion de la tête du fémur par une production nouvelle développée dans le fond de la cavité cotyloïde ; car on ne peut comprendre que cette production qui, dans l'opinion des auteurs cités, devrait avoir plus de trois à quatre centimètres, puisque l'allongement dont elle est la cause, suivant eux, dépasse cette longueur, il est impossible, dis-je, que cette production ait été résorbée en un jour sous l'influence d'un moxa ou de l'application du fer rouge. Il est aisé, au contraire, de comprendre le changement opéré par ces moyens, dans l'idée que l'allongement n'est dû qu'à la position choisie par les malades; en admettant que cette position soit récente, qu'elle ne soit maintenue par aucune formation nouvelle de tissus fibreux autour de la hanche, et qu'elle dépende uniquement de la douleur qu'éprouve le malade et de la position qu'il a choisie en se couchant sur le côté affecté, on comprend sans peine qu'un moyen qui fait cesser la douleur et force le malade à se coucher sur le côté sain, puisse faire cesser l'allongement; mais, qu'on le remarque bien, ce résultat peut être obtenu seulement dans les cas que je viens de spécifier; car lorsque la maladie est ancienne et que les adhérences nombreuses se sont formées, les moxas et les cautérisations, impuissants à changer les rapports du bassin et de la cuisse, ne produisent plus les résultats merveilleux rapportés par les auteurs que je viens de citer.

La connaissance des causes de l'allongement apparent permet seul aussi de comprendre l'observation suivante, qui appartient à P. Suc, et que je trouve citée dans l'ouvrage si remarquable de MM. Humbert de Morley et Jacquier sur les luxations de la cuisse, et que ces auteurs citent d'après M. P. Sue, qui l'a consignée dans un ouvrage sur les maladies des os.

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, dont la cuisse devint plus longue que l'autre de deux pouces. Moreau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, décida qu'il y avait luxation en dedans et en bas. Cependant, pendant un voyage à Bourbonne, les deux extrémités reprirent la même longueur. Au retour, la cuisse, dit l'auteur de l'observation, se luxa de nouveau, et l'extrémité plus longue que l'autre de quatre pouces resta quelque temps dans cet état ; on reprit l'usage des bains, et l'os déplacé rentra dans sa cavité. Enfin, luxation nouvelle de la cuisse, pour la troisième fois, avec les mêmes accidents que la seconde; sous l'influence des eaux de Bourbonne, etc., l'os rentra en place pour n'en plus ressortir : la guérison fut complète.

Evidemment, si les faits relatés dans cette observation sont bien observés, il est impossible d'admettre l'explication qu'en a donnée Sue ; il n'y a pas eu trois fois sortie et rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Une course en voiture et l'emploi de quelques douches ne peuvent réduire une luxation ; l'existence de celle-ci n'a été admise que par l'impossibilité où on se trouvait d'expliquer sans elle l'allongement si considérable du membre malade. Du moment où l'on rapporte cet allongement à ses véritables causes, c'est-à-dire à la position du malade, toutes ces difficultés cessent. De telle sorte qu'en admettant les idées que nous développons sur l'allongement dans les coxalgies, l'on interprète sans peine

les faits que présente la pratique, et l'on se fait une idée nette de toutes les observations qu'on peut répéter au lit du malade, et des opinions qu'on trouve dans les auteurs sur les causes de l'allongement.

(La deuxième partie au prochain numéro.)

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

LETTRE A M. MALGAIGNE, SUR UNE LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE EN BAS, par M. Robert. — Cette lettre s'est trouvée égarée dans un des numéros de janvier de la *Gazette médicale*. Elle avait été remise à ce journal assez long-temps avant la création du nôtre, et nous n'aurions eu que des remerciements à adresser à M. Guérin pour se charger de notre correspondance, s'il ne nous l'avait fait si long-temps attendre. Il nous eût obligé davantage encore si, le *Journal de chirurgie* créé et mis au monde, il nous avait renvoyé une lettre qui nous était destinée, satisfaisant du même coup le désir de l'auteur et le nôtre. Mais puisqu'enfin il en a jugé autrement, il faut bien nous résigner à lui emprunter notre propre bien; nous en tirerons d'ailleurs cet avantage que nous pourrons ajouter nos remarques à l'analyse du travail de M. Robert, et mettre sous les yeux de nos lecteurs, en quelque sorte, la lettre et la réponse.

M. Robert rappelle d'abord sur quels frêles appuis reposait l'ancienne doctrine des luxations scapulo-humérales, et veut bien nous accorder l'honneur de l'avoir ébranlée et renversée, en la mettant en présence des notions anatomiques, des expérimentations, et enfin des autopsies, qui toutes lui étaient contraires.

« De tous ces faits, poursuit-il, vous dûtes logiquement conclure que les observateurs anciens et modernes s'étaient trompés dans la détermination du siége des luxations dites en bas ou dans l'aisselle; et qu'au lieu de reposer contre le bord axillaire du scapulum, l'os du bras était en rapport avec l'apophyse coracoïde. Vous imposâtes à cette luxation le nom de *sous-coracoïdienne*, comme indiquant plus exactement la position de l'os luxé.

« Toutefois, pour compléter la démonstration de cette nouvelle doctrine, il fallait rechercher si la luxation en bas, proprement dite, avait été réellement observée, et, dans ce cas, en indiquer les symptômes et montrer en quoi ils diffèrent de ceux de la luxation sous-coracoïdienne. Ici, vous me permettrez de vous le dire, vos efforts ont été moins heureux. Ce déplacement ne pouvant être reproduit par les expériences sur le cadavre, et les traités de chirurgie que vous avez pu consulter n'en contenant aucune observation, vous avez cru pouvoir en tracer l'histoire. »

La vérité est que, dans mon *Mémoire sur la détermination du siége et du diagnostic différentiel des luxations scapulo-humérales*, publié en 1836 dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, j'avais cru trouver, dans une observation de Desault, un exemple unique de luxation en bas, et j'avais mis en relief la différence des symptômes observés par Desault avec la description classique.

« En résumant cette observation, dit M. Robert, on voit qu'un homme, après être tombé *sur le moignon de l'épaule*, présente une dépression sous l'acromion et une grande mobilité du bras; *la longueur du membre n'a pas été mesurée*. On fait des tentatives de réduction, mais le déplacement se reproduit à diverses reprises, et met le chirurgien dans la nécessité d'appliquer une pelote sous le creux de l'aisselle et de maintenir le bras fixé contre le tronc. Maintenant, je vous le demande, mon cher collègue, en présence de détails aussi caractéristiques, est-il possible de voir, dans l'observation de Desault, autre chose qu'une erreur de diagnostic commise par ce grand praticien, et une fracture du col de l'humérus prise pour une luxation scapulo-humérale? »

Cette critique est ferme et hardie; et sans doute, résumée en ces termes, l'observation aboutit au diagnostic porté par M. Robert. Toutefois, nous sommes moins touchés que lui de la circonstance étiologique qu'il a écrite en italique, la chute sur le moignon de l'épaule; et nous avons vu bon nombre de luxations produites par un pareil accident. Il se borne aussi à dire qu'*on fit des tentatives de réduction;* tandis que le narrateur original ajoute que, lors des premières, *l'os parut rentrer dans sa cavité;* et que, dans les secondes, *la réduction ne présenta plus de difficulté.* Il nous paraît fort difficile de concilier ces assertions avec l'idée d'une fracture du col huméral; et comment le fragment inférieur, libre et ballottant dans l'aisselle, en aurait-il imposé pour la tête humérale? Peut-être, après ces simples remarques, le diagnostic de M. Robert paraîtra-t-il moins assuré; toutefois, cela ne saurait détruire entièrement la

portée de sa critique; et nous reconnaissons volontiers que le fait de Desault est trop négligemment raconté pour inspirer une confiance absolue.

En le laissant donc dans le doute, et le doute pour un fait est presque la mort, on arrive à cette conséquence que, jusqu'à nos jours, il n'existait pas un seul exemple bien avéré de la luxation de l'humérus en bas.

Sommes-nous cependant plus heureux que nos devanciers, et aurions-nous enfin trouvé cette luxation introuvable? M. Robert croit en avoir découvert un cas, publié par M. Velpeau avec une interprétation un peu différente.

« C'est celui d'une dame âgée de 76 ans, qui s'était pour ainsi dire pendue par la main droite à une échelle, en tombant de la hauteur d'une croisée dans ses appartements. *Le coude était écarté du tronc, l'acromion saillant, le muscle deltoïde déprimé et tendu, le creux sous-claviculaire augmenté, la tête de l'humérus placée dans l'aisselle et sous la peau, entre les muscles grand dorsal et grand pectoral; le bras plus long que l'autre d'un demi-pouce.* L'extension verticale réduisit facilement cette luxation. »

Ce fait présente en effet quelques analogies remarquables avec celui que M. Robert a pu observer lui-même, et que nous reproduirons tout-à-l'heure; toutefois, nous lui appliquerions volontiers la même critique qu'à celui de Desault; et le défaut de détails plus précis ne nous permet pas d'y attacher la valeur que M. Robert a cru y trouver. Mais nous arrivons enfin à sa propre observation, et cette fois la rigueur des faits ne permet plus le doute.

Le 13 juillet 1842, le nommé Duhamel, cocher, d'une forte constitution, conduisait un cheval par la bride, lorsque celui-ci s'étant tout-à-coup dressé sur le train de derrière, l'entraîna par le bras droit, qui se trouva ainsi subitement soumis à une traction violente, et en même temps placé dans l'extension verticale. Il paraît qu'en outre la main fut tordue et portée dans une supination forcée. Il entra à l'hôpital Beaujon, et le lendemain, M. Robert le trouva dans l'état suivant:

« Le coude est tellement éloigné du corps que l'axe du membre forme, avec la ligne médiane du tronc, un angle de plus de 45°. Il ne peut en être rapproché sans causer au malade de très vives douleurs et un engourdissement le long de la face interne du bras; enfin, il est un peu porté en avant.

« Le moignon de l'épaule ne présente pas cet aplatissement dont l'aspect est en général si remarquable dans les luxations du bras. Le muscle deltoïde est comme gonflé: ses fibres sont fortement tendues, et ses intersections fibreuses se dessinent à travers la peau, par autant de sillons verticaux.

« Si l'on prolonge par la pensée l'axe de l'humérus, on voit qu'au lieu d'aboutir en haut au centre du moignon de l'épaule, comme dans l'état sain, il se rend au creux de l'aisselle. La face externe du muscle deltoïde, au lieu de se continuer à peu près en ligne droite avec la face externe du bras, forme avec celle-ci un angle obtus rentrant, dont le sommet se trouve à l'insertion humérale de ce muscle.

« La longueur du bras, mesurée de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, dépasse celle du bras opposé de 3 centimètres environ (14 lignes).

« Enfin, il est facile de constater que l'humérus a subi un léger mouvement de rotation sur son axe, d'arrière en avant et de dehors en dedans; car l'épicondyle, au lieu d'être dirigé en dehors comme sur le bras sain, regarde directement en avant.

« En refoulant le muscle deltoïde immédiatement au dessous de l'apophyse acromion, on sent un vide profond, dû à ce que la tête de l'humérus a abandonné la place qu'elle occupe dans l'état normal.

« Si l'on porte la main dans le creux de l'aisselle, on sent superficiellement et *presque immédiatement sous la peau,* cette saillie osseuse, reconnaissable à son volume, à sa dureté, et à sa forme hémisphérique. En arrière, elle repose sur le bord axillaire de l'omoplate; en dedans, elle appuie contre la paroi voisine du thorax, et plus spécialement, à ce qu'il m'a paru, contre le deuxième espace intercostal. On peut, quoiqu'avec peine, faire glisser les doigts entre elle et cette paroi; mais le malade éprouve alors, à la face interne du bras, une douleur vive, due sans doute à la pression des filets fournis aux téguments du bras par les deuxième et troisième nerfs intercostaux.

« Le plexus brachial paraît être placé, en grande partie, contre sa face antérieure, entre elle et le muscle grand pectoral; quant à l'artère, elle se contourne sous elle, car les pulsations en sont très superficielles et peuvent être suivies sur toute l'étendue de la saillie osseuse.

« La hauteur de la paroi antérieure de l'aisselle, mesurée de la clavicule au bord inférieur du muscle grand pectoral, est plus longue que celle du côté opposé de 3 centimètres environ. Cette paroi est relâchée et légèrement concave. En la déprimant avec la main, on y reconnaît: 1° en haut l'apophyse coracoïde; 2° plus bas, la tête de l'humérus, au niveau du bord inférieur du muscle grand pectoral, et à deux travers de doigt environ au dessous de l'apophyse coracoïde.

« A ces symptômes, que l'absence de gonflement des parties rendait des plus évidents,

il était impossible de méconnaître l'existence d'une luxation de l'humérus sous la cavité glénoïde, et au devant du bord axillaire du scapulum. »

M. Robert fit saigner son malade, et le lendemain réduisit la luxation par notre méthode, avec une grande facilité. Le sujet quitta l'hôpital le 25 août, 24 jours après l'accident. Il commençait à exécuter quelques mouvements ; toutefois, de grandes précautions lui furent recommandées, attendu les graves désordres dont la capsule articulaire avait été le siége.

Nous avons reproduit littéralement la description des symptômes, qui peut passer pour un modèle d'exactitude et de clarté. Notre excellent collègue nous avait invité à voir le malade; mais la réduction n'avait pu être différée, et nous regrettons beaucoup de n'avoir pu observer par nous-même un cas aussi intéressant. Mais M. Robert l'a étudié avec une attention si scrupuleuse que nous adoptons sans réserve et son diagnostic et les conséquences qu'il en a tirées.

Voilà donc cette luxation tant contestée qui se produit enfin, appuyée sur un fait irréfragable. Il reste à se demander si ce fait unique peut servir à en fixer la séméïologie; si c'est un type qui se reproduira dans des conditions à peu près semblables, où s'il ne faut y voir qu'un cas exceptionnel, dont le souvenir ne doit pas être perdu sans doute, mais qu'il serait périlleux d'ériger en une variété stable et régulière. Pour rendre bien nettement notre pensée, nous ne croyons pas qu'il soit opportun, quant à présent, de surcharger nos classifications d'une luxation en bas, qu'on ne pourrait décrire qu'avec un seul fait; mais il sera essentiel, dans toute histoire raisonnée des luxations scapulo-humérales, de dire qu'en dehors des luxations reçues, M. Robert a observé un fait extrêmement remarquable et offrant des phénomènes tout particuliers.

Nous louerions volontiers, en cette occasion, le ton grave et digne, et les formes exquises de la polémique de M. Robert; mais les termes flatteurs dont il use à l'adresse de son correspondant nous font un devoir de nous abstenir, sinon pour l'en remercier.

DE LA RÉDUCTION DES LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES. — L'histoire des luxations métacarpo-phalangiennes présente ce singulier contraste, que si l'on interroge les auteurs qui ont précédé le 18e siècle, ils s'accordent généralement à les regarder comme de peu d'importance et d'une réduction très facile; tandis qu'au contraire les chirurgiens les plus rapprochés de nous insistent pour la plupart sur la difficulté et même quelquefois l'impossibilité de la réduction. Etait-ce ignorance dans les uns, et connaissance plus exacte des faits dans les autres? On va voir que la même dissidence se montre encore à notre époque, ce qui tendrait à faire croire qu'elle pourrait bien avoir sa source dans la diversité des faits eux-mêmes.

M. Biéchy a publié récemment sur ce sujet, dans l'*Expérience*, un petit mémoire qui a été suivi d'une lettre du professeur Gerdy. M. Biéchy rapporte d'abord un cas de luxation de l'index qu'il a recueilli dans le service de M. Marchal, de Strasbourg; nous reproduisons exactement son récit.

« Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, qui vint à la consultation et présenta une luxation de la première phalange de l'indicateur sur le métacarpien. La lésion était récente; la base de la phalange occupait la face dorsale du métacarpien, dont la face articulaire proéminait en avant et en bas dans le creux palmaire; en dehors de cette saillie, les téguments distendus présentaient une dépression profonde, on eût dit une entaille. Ce sillon palmaire est caractéristique dans ce genre de lésion; nous l'avons depuis remarqué chez un autre sujet portant une luxation analogue, mais d'ancienne date. Déjà d'énergiques tentatives de réduction avaient eu lieu; M. Marchal les renouvela, et fit dans ce but les tractions les plus méthodiques, combinant alternativement les extensions énergiques à des flexions brusques, et exerçant une forte pression et en sens opposé sur les deux extrémités luxées; il chercha aussi à anéantir la puissance musculaire en fatiguant les muscles par des secousses réitérées et longtemps prolongées; toutes ces manœuvres opératoires, comme l'habile chirurgien l'avait prédit, furent inutiles. M. Marchal rappelant les différentes théories émises sur l'obstacle que ces luxations offrent à la réduction, déclarait partager, sur ce point de la science, les vues émises par MM. Vidal de Cassis et Malgaigne; puis il expliqua le mécanisme de ces lésions dans lesquelles, dit-il, la phalange en se portant en haut et au-dessus de la tête du métacarpien, entraînait les muscles qui s'y inséraient et qui, de parallèles qu'ils étaient au levier métacarpien, lui devenaient obliques et embrassaient le col de ce dernier os par deux anses charnues, dont l'interne était renforcé par les tendons fléchisseurs. Dans cette disposition anormale, ajouta-t-il, la rétraction des muscles est d'autant plus énergique et oppose une résistance d'autant plus grande, que les tractions exercées sur la phalange tiraillent les muscles qui s'y insèrent et qui, réagissant en raison directe de la force réductive qui les sollicite, rendent tous les efforts impuissants. M. Marchal proposa alors de trancher la difficulté, en suivant le précepte de M. Malgaigne, par la section de la lèvre externe de la boutonnière. Mais la jeune malade se refusa à l'opération, confiant,

disait-elle, son doigt malade aux efforts de la nature. Cependant, avant de quitter l'hospice, elle fut présentée à la consultation chirurgicale de la Faculté, où de nouvelles tentatives de réduction eurent lieu et furent également infructueuses. Là, un chirurgien, qui jouit aussi à juste titre d'une grande autorité dans la science, donna une autre interprétation des difficultés de réduction que présentent les luxations métacarpo-phalangiennes. Selon lui, l'obstacle résidait dans le changement de rapports des ligaments latéraux qui, de parallèles aux leviers osseux à l'état normal, deviennent, dans ces lésions, perpendiculaires à l'axe de ces leviers. Cette théorie, que nous avons déjà signalée comme professée par Dupuytren, exposée de nouveau avec talent, trouva de nombreux partisans, mais n'avança en rien la question de la réductibilité; car, quelque rationnels que semblassent être les efforts exercés dans l'intention de ramener le parallélisme des ligaments et des os, la jeune malade s'éloigna néanmoins conservant une difformité que le temps a rendue depuis parfaitement incurable. »

Dans ces circonstances, M. Marchal désirant éclairer la question par de nouvelles investigations, chargea M. Biéchy de tenter quelques expériences sur le cadavre. Ces expériences furent de trois sortes :

1º Il enleva toutes les parties molles, même la capsule, en respectant seulement les ligaments latéraux. Alors il suffit d'un certain effort pour luxer les phalanges ; et les ligaments de parallèles qu'ils étaient aux os leur devinrent perpendiculaires. La réduction fut des plus faciles.

2º Il enleva toutes les parties molles, sauf les ligaments latéraux et la capsule. Si l'on opère alors la luxation, la capsule se déchire, livre passage à la tête du métacarpien, est entraînée en arrière par la base de la phalange déplacée, et s'interpose entre le col métacarpien et le rebord antérieur de la base de la phalange. « Ce bourrelet, formé par la capsule plissée et réfléchie sur elle-même, fait l'office d'une espèce de *cale* qui offre une grande résistance à la réduction. Cette portion de la capsule enroulée sur elle-même, insinuée à la manière d'un coin entre les deux extrémités articulaires, contribuant encore à la distension des ligaments latéraux, ces derniers offrent aussi de leur côté un puissant obstacle aux efforts d'extension. Nous avons même rencontré, ajoute M. Biéchy, une si grande résistance due à ce bourrelet capsulaire, dans la réduction d'une luxation du médius, que toutes nos tentatives restèrent infructueuses jusqu'à ce que nous eussions dégagé la capsule d'entre les surfaces articulaires.»

3º Enfin sur une main où il avait préparé les muscles, M. Biéchy a constaté l'exactitude de nos propres expériences sur la nouvelle disposition de ces organes et leur résistance à la réduction.

De tout quoi il conclut que l'obstacle fondamental est tantôt la rétraction musculaire, tantôt la disposition de la capsule, ou ces deux causes à la fois; et il arrive en fin de compte à cette conséquence décourageante et que nous reproduisons littéralement :

Qu'en thèse générale les luxations métacarpo-phalangiennes sont irréductibles par les moyens ordinaires de l'art.

Voilà certes qui est fort grave au premier abord ; mais en y réfléchissant bien, on voit que M. Biéchy a reculé lui-même devant sa propre idée, et il n'admet l'irréductibilité qu'*en thèse générale*. Ce qui, traduit en bon français, veut dire sans doute qu'il y a des cas particuliers où l'on réduit très bien par les moyens ordinaires ; et il resterait à savoir si ces cas particuliers forment véritablement l'exception ou la règle. A ne consulter que les expériences de M. Biéchy, il ne devrait pas même y avoir d'exception *en thèse générale* ; aussi il prend soin d'invoquer en sa faveur *les faits pathologiques consignés dans la science.*

Heureusement il est permis d'appeler de cette sentence. En ce qui concerne les expériences de M. Biéchy, elles n'ont pas à notre sens une valeur suffisante, attendu qu'elles ont été faites comme à plaisir dans les conditions les plus éloignées de celles dans lesquelles les luxations se produisent ; et quand on veut étudier les conditions des ligaments, des capsules et des muscles, la première condition est de ne pas les mettre, par une dissection préalable, dans un état tout-à-fait anormal. Les *faits* qu'il invoque ne sont pas plus concluants : d'abord parce que les faits de ce genre sont très peu nombreux dans la science, et ensuite parce que M. Biéchy est bien loin de les connaître tous. Sa conclusion se trouve ainsi dépourvue de fondement, et pèche tout au moins par une exagération démesurée.

Mais alors, dira quelqu'un, pourquoi avoir insisté si longuement sur ce travail ? Nous en avons eu deux raisons. Il importe d'abord de repousser de la science les idées aventureuses qui s'y présentent avec le cortége spécieux des expérimentations et des faits directs, et mettre les jeunes travailleurs en garde contre ce double péril, de se laisser séduire à des expériences mal faites ; et de s'imaginer, quand ils ont rassemblé deux ou trois observations banales, qu'ils ont fait l'inventaire de la science. Mais de plus, en laissant de côté l'exagération des conséquences, il n'en résulte pas moins des recherches de M. Biéchy, que certaines luxations métacarpo-phalangiennes offrent une résistance incroyable, même à des chirurgiens dont l'habileté

et la compétence ne sauraient être niées.

Il reste à se demander si ces chirurgiens connaissaient bien tous les moyens de l'art, et si leur insuccès ne tient pas à la méthode qu'ils ont suivie. M. Gerdy semble tenir pour l'affirmative; nous le laisserons lui-même exposer ses vues à cet égard :

« Si cette réduction est aussi difficile que le disent les auteurs, cela tient, je crois, surtout à ce que l'on emploie *la méthode extensive*. Le fait est que je n'éprouve point ces difficultés en me servant d'une autre méthode que je nomme *impulsive directe*, et qu'on pourrait appeler aussi *méthode par glissement*. Voici en quoi elle consiste : la première phalange du pouce ou du premier orteil étant luxée sur le dos du premier métacarpien ou du premier métatarsien, j'embrasse la main ou le pied avec les quatre derniers doigts des mains croisés les uns sur les autres, et les deux doigts indicateurs en particulier croisés sur la tête du métacarpien ou du métatarsien rendue saillante par le fait de la luxation; puis appliquant les pouces derrière la phalange luxée, qui est renversée en arrière à peu près à angle droit, et qui repose sur le métacarpien ou sur le métatarsien correspondant par sa surface articulaire, je la repousse doucement et peu à peu, jusque sur le cartilage de la tête articulaire avec laquelle elle était unie auparavant. Lorsqu'elle y est parvenue, un mouvement de bascule imprimé à la phalange achève la réduction. Quelquefois je m'y prends d'une autre manière, mais j'agis toujours par le même mécanisme. Je saisis la phalange luxée avec le pouce d'une seule main, ou avec les deux pouces réunis derrière cet os; puis, appuyant le côté radial du doigt indicateur sur la tête de l'os métacarpien ou métatarsien correspondant, j'attire doucement, en la faisant glisser sur l'os métacarpien ou l'os métatarsien, la phalange déplacée, et quand elle est revenue sur la courbure de leur tête articulaire, un mouvement de bascule réduit la luxation aussi facilement que par l'autre procédé.

« C'est du moins ce qui m'est toujours arrivé dans les cas où j'en ai fait usage. Je me rappelle très bien les avoir employés tous les deux avec succès pour deux cas de luxation phalango-métatarsienne, en 1840 et 1842, à l'hôpital de la Charité, et pour un cas de luxation phalango-métacarpienne, à l'hôpital Saint-Louis, en 1838 ou 39. Pourquoi réussit-on si facilement par la méthode de glissement? C'est que, par des raisons de mécanique inutiles à exposer ici, il est plus aisé de faire glisser parallèlement l'une à l'autre deux pièces de bois liées ensemble par un ou plusieurs anneaux de corde, que de les écarter en tirant perpendiculairement ou obliquement sur les deux pièces. »

Cette explication n'est peut-être pas assez claire; car il nous semble que précisément M. Gerdy agit sur la phalange dressée *perpendiculairement* sur l'os métacarpien; et pourvu que la position soit la même, et le mouvement dirigé dans le même sens, il ne nous paraît pas qu'il y ait beaucoup d'importance à ce que ce mouvement soit opéré par traction ou par impulsion. La chose vraiment importante, c'est que M. Gerdy a obtenu trois réductions par cette méthode; à quoi nous pourrions ajouter qu'elle avait également bien réussi à Hey, qui toutefois ne l'avait pas aussi exactement décrite. Mais est-il permis d'espérer toujours d'aussi faciles succès? Nous n'hésitons pas à le nier. Nous avons vu cette même manœuvre échouer à plusieurs reprises sur une luxation du pouce qui fut réduite séance tenante par un autre procédé. Ces sortes de luxations se présentent trop rarement pour qu'un chirurgien, à moins d'un bonheur spécial, en puisse tracer l'histoire complète d'après sa propre expérience; et malheureusement la plupart des observations publiées jusqu'ici, y compris même celle de M. Biéchy, manquent de trop de détails pour être d'un bien grand secours. Toutefois ce qui résulte le plus clairement de nos recherches, c'est qu'il y a au moins deux degrés ou plutôt deux variétés dans le déplacement; l'une de ces variétés est assez facile à réduire, même par différents procédés, tandis que l'autre résiste avec une opiniâtreté quelquefois invincible. Nous trouverons probablement plus tard une occasion de revenir sur ce sujet avec tous les développements qu'il comporte.

RÉDUCTION DES LUXATIONS DES PHALANGES. —Les luxations des phalanges entre elles sont moins rebelles; toutefois, comme elles sont aussi fort rares, on lira avec intérêt le fait suivant, dans lequel M. Gerdy a employé avec succès sa méthode *par glissement*.

Une femme de 48 ans s'était laissée tomber dans un escalier, et le poids du corps avait surtout porté sur la main gauche. Elle entra le lendemain, 15 janvier 1841, dans le service de M. Gerdy, se plaignant d'une douleur très vive au doigt médius, qui avait perdu la faculté de se mouvoir. Ce doigt fut trouvé dans l'état suivant :

« Il est plus court que dans l'état ordinaire; c'est-à-dire qu'au lieu de dépasser le bout des doigts indicateur et annulaire, il est au même niveau qu'eux; il offre une courbure assez marquée dont la convexité est tournée en dedans : son articulation phalango-phalanginienne est déformée de manière à présenter sur la face dorsale du doigt une saillie correspondante à la tête de la seconde phalange, et surmontée en arrière d'une dépression assez profonde; sur la face palmaire existe une

autre saillie qui correspond, elle, à l'extrémité antérieure de la première phalange, et que limite en avant un sillon un peu moins profond que le précédent. Le doigt est légèrement fléchi; ses mouvements entre la première et la deuxième phalange sont impossibles, et quand on cherche à en produire, on rend beaucoup plus vives les douleurs. D'ailleurs, quelque effort qu'on fasse, on n'arrive point à rendre au doigt sa longueur normale. A tous ces caractères il était facile de reconnaître une luxation en arrière. »

Cette femme avait été soumise, au Bureau central, pendant dix minutes, à des efforts de traction très considérables et qui n'avaient rien produit; la réduction fut effectuée de la manière suivante :

« M. Gerdy embrasse le doigt luxé entre l'indicateur et le pouce, de manière à ce que l'indicateur soit appliqué contre la tête de la première phalange, et le pouce sur la tête de la seconde; puis par un mouvement en sens inverse de ces deux doigts, il cherche à faire glisser l'une sur l'autre les têtes articulaires, afin de les mettre en présence; et quand cela a été obtenu, il opère un mouvement de flexion brusque du doigt, pendant lequel il est ordinaire de voir la luxation se réduire; si une seule main ne suffisait pas, on pourrait faire usage des deux; c'est ainsi que les choses se passèrent chez notre malade, qui sortit guérie le 20 janvier, le doigt ayant été maintenu immobile à l'aide d'un petit bandage roulé. »

Sur la prétendue amaurose abdominale *de quelques ophtalmologistes.*—Nous n'avons peut-être jamais mieux senti l'utilité et la nécessité d'une haute et sévère critique dans les matières chirurgicales qu'en lisant l'article suivant, dont nous indiquerons les sources tout-à-l'heure.

« M. Scherrer a traité en allemand de l'*amaurose dite abdominale,* qu'il définit: une diminution de la vue par suite d'une affection des nerfs ciliaires, sympathique d'un trouble dans le système nerveux ganglionnaire de l'abdomen. La lésion rétinienne, toujours secondaire, est accompagnée de désordres dans les fonctions abdominales, d'engorgemens viscéraux, de dérangements hémorrhoïdaires ou menstruels. Les symptômes sont: l'immobilité de l'iris, sa projection en avant, sa dilatation transversalement ovalaire, un cercle brun au bord pupillaire, comme si l'uvée s'était repliée en dehors; une teinte jaunâtre des vaisseaux variqueux sur la conjonctive; la co-existence d'une affection du ventre, etc. Cette amaurose a un pronostic moins grave que les autres; le traitement, jusqu'ici, a consisté surtout dans l'emploi des extraits végétaux, des gommes-résines, du tartre stibié à doses réfractées, etc. M. Scherrer a retiré de grands avantages de la pulsatille et de l'arnica, isolées ou combinées. La première est presque spécifique dans l'amaurose abdominale; elle agit comme antiparalytique. Les signes de son action sont: des douleurs dans le sourcil et l'œil, du larmoiement, puis le retour de la motilité de l'iris, etc. L'auteur emploie l'extrait de pulsatille préparé avec le suc exprimé, à la dose de un à huit grains (cinq à quarante centigrammes). L'arnica lui a réussi surtout lorsque la congestion sanguine est très intense dans l'œil; par exemple, dans les cas où elle a déjà déterminé des épanchements de sang dans l'organe, il emploie l'extrait de fleurs d'arnica. »

Ce mémoire a été lu au congrès scientifique de Strasbourg en 1842. L'extrait qui précède fait partie d'une *Revue médico-chirurgicale* des travaux de ce congrès, rédigée par M. Pétrequin; ladite *Revue* a été lue à la société de médecine de Lyon, insérée dans les *Annales d'oculistique*, et enfin publiée a part; en sorte que les idées de M. Scherrer ont eu une assez grande publicité. Il ne paraît pas que nulle part elles aient soulevé quelques objections; d'ailleurs il faut bien dire que l'auteur n'a fait là que traiter, à son point de vue particulier, d'une maladie reconnue et proclamée par la plupart des ophtalmologistes allemands.

Or, en introduisant leur *amaurose abdominale* dans la pathologie, ces ophtalmologistes ont-ils d'abord pris toutes les précautions nécessaires pour s'assurer de sa réalité? On peut hardiment affirmer le contraire. Toute leur étiologie est de l'imagination pure; la séméïologie est de l'imagination pure; la théorie est au-dessous de tout ce qu'on en pourrait dire. *Une affection des nerfs ciliaires!* et la preuve? *Sympathique d'un trouble dans le système nerveux ganglionnaire de l'abdomen;* et la preuve? *La lésion rétinienne toujours secondaire;* et la preuve? De preuve, il n'y en a point; bien plus, la seule chose qui aurait un air de preuve, le traitement, devient même une objection capitale, tant la théorie est prudemment combinée. Quoi! vous nous annoncez que la lésion rétinienne est toujours *secondaire;* et dans votre traitement vous laissez-là les causes organiques pour vous attaquer exclusivement au symptôme? La pulsatille agit, dites-vous, comme *antiparalytique;* que fera-t-elle donc contre ces *engorgements viscéraux* qui tiennent l'amaurose sous leur dépendance? Que dirai-je de ces symptômes caractéristiques, la dilatation de la pupille en travers, le cercle brun du bord pupillaire, etc., qui sont également déterminés par des engorgements viscéraux de quelque viscère abdominal que ce soit, par des dérangements hémorrhoïdaires, ou par des dérangements menstruels; et qui sont après tout si peu ca-

ractéristiques, que M. Scherrer est peut-être le seul qui les ait vus? Il faut faire la guerre, une rude et impitoyable guerre à ces malheureuses spéculations qui tendraient à détruire le caractère positif de la chirurgie, et à égarer tout ensemble les élèves et les praticiens.

En résumé, M. Scherrer paraît avoir réussi dans quelques cas d'amaurose en employant la pulsatille et l'arnica; c'est une médication purement empirique qui n'a pas plus que les autres le mérite d'une efficacité constante; mais du moins est-ce une ressource assez innocente et qu'on pourra tenter sans crainte toutes les fois que la strychnine aura échoué.

Obstétrique.

DERNIER RÉSUMÉ STATISTIQUE *des faits observés à la Maternité de Stuttgard*, du 1er juillet 1840 au 30 juin 1841. — On peut citer comme un modèle ce résumé, que vient de publier le docteur Elsæsser, directeur de l'établissement. J'en extrais les points les plus importants.

Dans l'année qu'il comprend, 209 accouchements ont eu lieu, parmi lesquels un accouchement de jumeaux, ce qui porte à 210 le nombre des naissances.—186 enfants (104 garçons et 82 filles) sont nés à terme; 23 (14 garçons et 9 filles) avant terme; plus, un cas d'avortement à 4 mois.—10 enfants ont été expulsés morts, 200 vivants, dont 30, par diverses causes, sont morts dans l'établissement. Les naissances avant terme, observées 16 fois chez des primipares, 8 fois chez des multipares, du 4e au 9e mois, ont eu ceci de remarquable, que 22 fois l'enfant présentait le sommet, et 2 fois seulement les pieds. Ces accouchements prématurés, dont la cause a pu être quelquefois reconnue, paraissaient résulter, dans 2 cas, d'efforts et de fatigue; dans d'autres, d'une chute, d'une toux spasmodique, d'une urticaire, d'une pneumonie, d'une induration ou d'une hypertrophie du placenta, de l'existence de la syphilis chez le père.—5 des enfants expulsés prématurément étaient putréfiés; un, à 4 mois, n'a donné aucun signe de vie. Les autres sont nés vivants, mais 11 sont morts dans la première heure, dans le cours du premier jour ou dans les trois premières semaines; 7 autres ont continué de vivre; c'étaient ceux qui n'étaient nés que 3 à 4 semaines avant leur terme. Parmi les 10 enfants nés morts, 7 furent expulsés naturellement; les 3 autres parurent avoir succombé aux difficultés des diverses manœuvres qui durent être pratiquées.

Le relevé des présentations donne le résultat suivant :

Sommet (1re posit., 161.—2e posit., 27).	188
Face	5
Siége	2
Pieds	3
Partie latérale du tronc	3
Présentations inconnues (7 femmes sont accouchées en se rendant à l'établissement)	9

Parmi les positions occipito-postérieures, une seule resta telle jusqu'à la fin du travail; et bien que le bassin n'eût que des dimensions ordinaires, l'accouchement ne s'en termina pas moins sans secours. L'enfant ne pesait pas moins de 8 livres 9 onces; l'état apoplectique dans lequel il naquit se dissipa promptement. Encore un fait à ajouter à ceux déjà si nombreux qu'on pourrait opposer à l'opinion d'un illustre accoucheur, sur l'impossibilité de l'accouchement spontané dans les conditions ici spécifiées. Si je signale ce cas entre les autres, c'est pour rappeler le mécanisme trop peu connu de l'expulsion dans les positions occipito-postérieures qui ne se réduisent point, par les progrès du travail, en occipito-antérieures. Elsæsser insiste sur le siége de la tuméfaction qui, très considérable au niveau de la fontanelle antérieure, s'étendait en décroissant sur tout le front, ainsi que cela a lieu, ajoute-t-il, dans cette anomalie rare du mécanisme de l'accouchement naturel. Que faut-il conclure de cette remarque? c'est que la région de la fontanelle antérieure et le front sont les parties qui se sont avancées les premières et ont correspondu au vide de la vulve, et que l'occiput, au lieu de se dégager le premier au niveau de la commissure périnéale, y est arrivé tout au plus en même temps que le front se dégageait en avant; le mouvement de flexion outré, regardé comme indispensable dans cette position, n'avait donc pas eu lieu. Ce mécanisme, si bien indiqué par Nægelé, et sur lequel M. Guillemot (*Archives générales de Médecine*) a au moins le mérite d'avoir appelé l'attention des accoucheurs français, doit-il être considéré seulement comme une variété? N'est-il qu'une anomalie curieuse, un premier degré de cette conversion qu'on observe quelquefois d'une présentation du sommet en présentation de la face? L'opinion générale en Allemagne, conforme à celle de Nægelé, fait de ce mécanisme la règle et non l'exception. S'ils veulent examiner ce point important d'obstétrique sans idées préconçues, les accoucheurs français, encore dissidents, se convaincront de la justesse des observations faites par le savant professeur de Heidelberg. J'ai pu, dans un cas récent, faire suivre aux élèves de la Maternité les diverses phases de l'engagement et de l'impulsion de la tête dans un cas tout-à-fait semblable à celui observé par Elsæsser.

Après avoir signalé une primipare, dont l'accouchement n'a duré que 3/4 d'heure, le professeur de Stuttgard cite le cas d'une femme multipare chez laquelle la lèvre antérieure du col, pressée violemment entre la tête et le bassin, se tuméfia considérablement, et descendait presque jusqu'à la vulve. L'accouchement ne s'en termina pas moins spontanément. Il faut joindre ce cas à ceux que Puchelt rapporte dans son mémoire *De tumoribus in pelvi partum impedientibus*, et à celui que j'ai cité moi-même dans l'analyse étendue de cet ouvrage, que j'ai insérée dans les *Archives*. Cette circonstance, en apparence fâcheuse, ne doit donc point préoccuper sérieusement l'accoucheur.

Elsæsser rapporte ensuite deux cas dans lesquels l'hydropisie de l'amnios prolongea considérablement la durée du travail. La patience, dont il donne le conseil, et dont tout accoucheur, sans doute, doit avoir ample provision, n'est pas ici l'unique ni même le meilleur remède. La rupture prématurée des membranes, en supposant qu'il n'y eût à l'emploi de ce moyen aucune contre-indication, eût épargné bien des douleurs et notablement abrégé le travail. Quelle que soit la souplesse de l'orifice, quelque bien préparé qu'il soit à la dilatation, encore faut-il, pour que cette dilatation s'opère quand les membranes sont encore entières, que l'utérus se contracte régulièrement, et que ces contractions puissent engager la poche de l'eau à travers l'orifice. Or, la distension de l'œuf, qui est la conséquence d'une grande accumulation de liquide amniotique, qu'elle coexiste ou non avec une résistance exagérée des membranes, rend précisément impossible les deux conditions que nous venons de rappeler. Distendu outre mesure par l'œuf, l'utérus est dans le cas de la vessie dans laquelle l'urine est accumulée et retenue. Il se contracte, mais sans pouvoir agir sur son contenu; d'un autre côté, les membranes trop tendues ne peuvent s'engager dans l'orifice, et la dilatation ne fait aucun progrès. Qu'on rompe les membranes, qu'on évacue une partie du liquide amniotique, n'aura-t-on pas mis l'utérus dans les conditions où le cathétérisme place la vessie lorsqu'on a évacué une partie de l'urine. Les deux organes, chacun dans des circonstances très analogues, reprennent leur ressort et se contractent efficacement. L'urine, qui tombait d'abord perpendiculairement en sortant de la sonde, jaillit à distance, lancée par les contractions de la vessie; la tête, poussée sur un orifice souple et bien préparé, sert de point d'appui, se dilate bientôt elle-même et franchit quelquefois avec une rapidité inespérée. Ces idées, maintes fois exprimées à la Clinique d'accouchement et popularisées en France depuis plusieurs années, doivent être rapportées à leur véritable auteur. M. le professeur P. Dubois, après les avoir exposées avec cette finesse d'aperçus qui donne tant de charme et d'éclat à ses leçons, a souvent rendu les élèves témoins des avantages de la rupture prématurée des membranes dans le cas d'hydropisie de l'amnios. Imbu de ce précepte, j'en ai plus d'une fois moi-même, à la Maternité, constaté l'excellence.

Sur les 210 accouchements qui ont eu lieu à sa clinique, Elsæsser a compté 23 cas d'entortillement simple, double ou triple du cordon; cette circonstance n'a été aucunement fâcheuse pour l'enfant ni pour la mère. Il n'est pas inutile d'insister sur cette innocuité. Les résultats de la Clinique et de la Maternité la constatent également et confirment à cet égard l'assertion de madame Lachapelle. Aussi ne doit-on pas, à l'exemple du docteur Nægelé fils, attacher une trop grande importance pratique au souffle du cordon, dont l'existence, en supposant qu'elle fût réellement un signe d'entortillement, ne saurait fournir d'indication. J'espère qu'on a oublié l'absurde conseil d'une manœuvre dangereuse, donnée il y a quelque temps, pour remédier à des accidents réellement imaginaires.

Les enfants nés par la face, au nombre de 5, dont 4 expulsés naturellement, et 1 extrait par le forceps, étaient tous vivants. Chez une femme multipare, l'accouchement fut si rapide que la tête sortit encore enveloppée des membranes. Les accoucheurs savent qu'il y a réellement deux classes d'accouchement par la face : les uns qui offrent des difficultés extrêmes; les autres, au contraire, qui se terminent avec une facilité et une promptitude merveilleuses.

Les accouchements par les pieds ou par le siége ont été moins heureux; un enfant qui présentait les fesses, et dont la tête ne put être extraite qu'avec le forceps, naquit mort. Les mêmes circonstances se reproduisirent dans un cas de présentation des pieds, et le résultat fut le même. Un troisième était mort et putréfié. Les 2 seuls enfants vivants furent un premier jumeau, qui naquit par le siége, et un enfant avant terme, qui vint par les pieds.

Trois présentations de l'épaule gauche nécessitèrent la version; l'extraction, difficile dans un cas, détermina la mort de l'enfant. Les deux autres furent extraits vivants.

Sept applications de forceps furent faites dans des conditions bien spécifiées, à l'exception d'un cas indiqué sous le nom d'enclavement, et que la longueur de l'opération ferait soupçonner avoir été un cas, soit de rétrécissement léger du bassin, soit de situation transversale de la tête. Toutes les autres applications de forceps furent nécessitées par l'insuffisance des contractions, seule ou combinée

avec un volume trop considérable de la tête. Toutes les femmes ainsi accouchées étaient primipares. Tous les enfants furent extraits vivants, à l'exception du premier. Malgré cet heureux résultat, on ne peut s'empêcher de remarquer que l'application du forceps a été faite dans une proportion fort supérieure à celle dans laquelle on a d'ordinaire recours, en France au moins, à l'emploi de cet instrument. Il est juste, toutefois, de reconnaître que cette opération n'a été décidée qu'après un temps assez long, de 24 heures au moins, et pratiquée seulement alors que l'insuffisance des efforts maternels avait été bien constatée. Je ne doute pas que d'autres résumés du docteur Elsæsser ne donnent une proportion moins forte d'opérations, et que nous ne puissions un jour, en en réunissant plusieurs, avoir une idée exacte de la pratique de la Maternité de Stuttgard.

Deux cas de procidence du cordon se sont terminés heureusement, après la rétropulsion de l'anse qui avait glissé. C'est une pratique qu'il ne faut point abandonner, malgré le conseil contraire donné il y a quelque temps par Osiander. Je n'ai pas besoin de rappeler les cas exceptionnels où l'on pourrait s'en écarter. La règle n'en doit pas moins subsister. Pour ma part, les faits dont j'ai été témoin ne me laissent point de doute sur les avantages de cette rétropulsion, quand elle peut être faite, et sur l'innocuité de la manœuvre, quand elle ne réussit pas.

Trois femmes eurent des hémorrhagies après l'accouchement; deux de ces hémorrhagies, déclarées avant la délivrance, cessèrent promptement après l'extraction du placenta. La troisième, survenue après la délivrance, continua opiniâtrément, par suite d'un état de flaccidité de l'utérus. La femme mourut anémique et hydropique.

Pendant l'année qui comprend le résumé du docteur Elsæsser, les maladies puerpérales ont été fort communes, presque toutes compliquées d'affections des voies digestives, d'embarras gastrique ou intestinal. Quatre cas de fièvres puerpérales bien caractérisées se terminèrent par la mort. Les lésions anatomiques consistaient principalement dans l'inflammation des grandes membranes séreuses, l'inflammatiou des voies aériennes, etc. En outre, on observa 12 cas de péritonite puerpérale franche, et dont l'issue fut heureuse. Enfin, les érysipèles furent très communs.

Parmi les maladies des nouveau-nés, nous remarquons, outre le muguet et l'ophthalmie qui attaquèrent un grand nombre d'enfants, 1 cas d'éclampsie, 1 cas de choléra, et 4 cas de tétanos, tous mortels. Le développement de cette dernière maladie, fort rare chez nous, tient-il à des circonstances particulières, à la situation de l'hôpital, à l'état des salles, à quelque négligence de la part des personnes chargées de soigner les enfants? Nous l'ignorons; et nous sommes, d'un autre côté, étonnés de ne point voir figurer, dans cette liste de maladies, les affections des organes respiratoires, si communs dans nos hôpitaux, non plus que l'endurcissement du tissu cellulaire.

Pharmacologie chirurgicale.

Sur l'emploi du cyanure de mercure sous forme de pommade.

Parent Duchatelet a introduit en thérapeutique l'usage du cyanure de mercure, qui était à peine usité avant lui; il a donné, pour employer ce médicament, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, plusieurs formules qui sont adoptées généralement par les médecins praticiens; mais il semble que Parent n'ait pas eu de fréquentes occasions d'employer la pommade au cyanure de mercure qu'il vante dans le pansement des chancres; car il n'aurait pas tardé à s'apercevoir que la dose du cyanure de mercure est beaucoup trop forte, et que sa pommade cause souvent des douleurs insupportables, qui obligent à en discontinuer l'emploi. Cette dose, réduite à moitié, a même causé des accidents chez deux malades. Ces faits coïncident parfaitement avec ceux observés par M. Ricord.

Nous allons maintenant passer en revue les formules adoptées par les auteurs en crédit.

Pommade de cyanure de mercure.
(Parent.)

Cyanure de mercure. 6 décigrammes.
Axonge . . . . 30 grammes.

Mêlez. Dans le pansement des chancres vénériens.

Nous l'avons dit, il faut réduire la dose du du cyanure à un décigramme.

Pommade de cyanure de mercure.
(Biett.)

Cyanure de mercure. . . 2 décigrammes.
Axonge. . . . . 30 grammes.

Mêlez. Pour les ulcérations syphilitiques.

La proportion de cyanure est encore trop considérable, on est souvent forcé de la réduire de moitié.

Pommade avec le cyanure de mercure.
(Biett.)

Cyanure de mercure. . . 9 décigrammes.
Axonge. . . . . 30 grammes.
Huile essent. de citron. . 6 décigrammes.

En frictions légères, deux à quatre grammes, contre certaines dartres squammeuses humides, avec inflammation et prurit.

Il faut surveiller l'emploi de cette pommade et y renoncer quand les dartres sont ulcérées.

Pommade de cyanure de mercure.

(Cazenave.)

Cyanure de mercure..	50 centigrammes.
Axonge.	30 grammes.

Mêlez. Utile dans certaines maladies de la peau avec prurit.

Cette pommade ne doit être prescrite que lorsqu'il n'existe pas d'ulcération ; elle est très efficace.

Cérat opiacé de cyanure de mercure.

(Ricord.)

Cérat opiacé. 30 grammes.

Cyanure de mercure de 5 à 10 centigr.

M. S. A. Dans quelques cas d'ulcérations syphilitiques à la période de progrès et qui ont de la peine à se dépouiller de la couche diphtéritique, cette pommade est très convenable; mais pour peu que l'ulcération soit irritable, il faut en surveiller l'emploi, car elle détermine quelquefois beaucoup de douleurs et de l'inflammation, même avec la plus faible dose de cyanure de mercure.

Dans quelques circonstances, on doit se contenter de pratiquer un ou deux pansements par jour avec cette pommade, qu'on laisse séjourner une heure, et qu'on remplace ensuite par de la charpie sèche. A. B.

BULLETIN CLINIQUE.

Depuis notre supplément de janvier, il y a eu encore une fracture du calcanéum, reconnue à l'autopsie, dans le service de M. Bérard à l'hôpital Saint-Antoine. M. Bonnet de Lyon nous écrit, de son côté, qu'au moment où il recevait notre mémoire, il en observait un cas qu'il avait confondu, par suite d'un examen peu attentif, avec une fracture du péroné; l'autopsie rectifia le diagnostic. Enfin notre collègue M. Huguier nous a montré une pièce anatomique qui est un exemple probablement unique d'une fracture du calcanéum par écrasement latéral, sans plaie des téguments ; cette lésion avait été méconnue; et l'amputation de la jambe étant devenue nécessaire, la dissection fit découvrir la fracture. Mais c'est assez s'occuper sans doute de cette fracture, et nous n'y reviendrons que dans le cas où il surviendrait des faits nouveaux propres à éclairer les parties encore obscures de son histoire.

—Le mémoire de M. Blandin sur le bec-de-lièvre a déjà porté ses fruits; deux jeunes sujets, atteints de bec-de-lièvre compliqué, étant entrés dans le service de M. Velpeau, ce professeur a suivi le procédé de son habile collègue, et réséqué une portion du pédicule osseux de la saillie médiane. Nous reviendrons, s'il y a lieu, sur ces deux opérations.

—Nous nous proposons aujourd'hui de dire ce que l'expérience nous a appris sur un prétendu signe de consolidation des fractures, annoncé récemment par divers journaux sans avoir soulevé la moindre critique.

Le 24 novembre 1842, on lisait dans la *Gazette des hôpitaux* l'article suivant, copié quelques jours après dans les *Annales de la chirurgie.*

« *Nouveau signe de la consolidation des os dans les cas de fractures des membres, par le docteur Guenther, de Kayna* (*Saxe*).

« Des observations réitérées ont démontré à M. Guenther que la croissance arrêtée des ongles est un symptôme constant dans les fractures des membres, et que l'élongation de ces parties est un signe certain de la réunion définitive des fragments osseux et de leur consolidation. Il donne comme exemple de ce fait l'observation suivante :

« Un jeune homme, de haute taille et fortement constitué, se cassa la jambe droite le 27 juillet 1832 ; la fracture s'était opérée d'une manière très oblique, et était comminutive. Ce malade, qui observait avec une minutieuse attention les moindres détails relatifs à son affection, remarqua que les ongles du pied droit ne poussaient pas comme ceux du pied gauche, et qu'ils restaient toujours dans le même état où ils se trouvaient à l'époque de la fracture ; cette observation lui était d'autant plus facile, qu'il s'était coupé les ongles à l'un et à l'autre pied, la veille même de son accident.

« Ce jeune homme fit part de cette circonstance à M. Guenther ; et comme elle parut à ce dernier être en rapport avec la marche de la guérison, la manière d'être des ongles fut, à partir de ce moment, observée chaque jour avec le plus grand soin.

« Le cinquantième jour, on constata que l'ongle du petit doigt commençait enfin à s'accroître ; les ongles des trois doigts suivants commencèrent un peu plus tard à pousser, et enfin, au bout de quelques semaines seulement, ce fut le tour de l'ongle du gros orteil.

« A partir de cette croissance des ongles, le malade eut le sentiment de l'unité reve-

nue au membre fracturé; et en effet tous les signes indicateurs de la réunion et de la consolidation des fragments osseux parurent en même temps.

« Cette observation, véritablement intéressante pour la chirurgie pratique, appela l'attention de M. Guenther sur cette particularité; et ce sont les observations analogues qu'il a eu occasion de recueillir depuis lors en assez grand nombre, qui motivent l'opinion qu'il émet aujourd'hui sur la connexion de cette croissance des ongles avec la guérison des fractures des membres. »

(*Medicinische Zeitung*, 1842, nº 41.)

Assurément, selon la remarque fort juste des *Annales de la chirurgie*, le fait méritait d'être porté à la connaissance des chirurgiens; mais ce qui était plus important encore, c'était de savoir quelle était sa valeur réelle. J'ai d'abord essayé de le vérifier sur deux sujets atteints de fracture de l'humérus et du radius sans déplacement. La consolidation commençait seulement, et cependant les ongles étaient égaux au membre sain et au membre malade. Nous avons vu de même les ongles grandir sur un enfant affecte de fracture transversale de la rotule, et sur une vieille femme portant une fracture avec chevauchement de l'humérus; mais enfin voulant avoir une observation aussi rigoureuse que possible, j'ai recueilli le fait suivant, en présence de tous les élèves qui suivent nos leçons de clinique.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS *avec chevauchement; cal volumineux sans arrêt de la croissance des ongles.*

Le 18 décembre 1842, le nommé Julien, imprimeur, âgé de 46 ans, fut renversé par un cabriolet dont la roue lui passa sur le bras droit. On l'apporta sur-le-champ à la clinique de la Faculté, où l'on reconnut une fracture de l'humérus à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, avec chevauchement et saillie très prononcée du fragment inférieur en avant et en dehors. Le gonflement était très considérable; le lendemain à la visite le bras était rouge, tendu, douloureux; le pouls fort et accéléré. En conséquence, je me contentai de soutenir l'avant-bras fléchi et appliqué contre la poitrine à l'aide d'une écharpe et d'une gouttière de carton; et ce ne fut qu'au huitième jour, toute inflammation ayant disparu, que le bras fut maintenu par un appareil dextriné. Cet appareil fut levé le 15 janvier, afin d'examiner l'état du membre; et la consolidation paraissant en bonne voie, malgré le chevauchement irremédiable des fragments, je remis un autre appareil dextriné qui fut enlevé à son tour le 31 janvier. Le malade fut gardé jusqu'au 7 février, afin de combattre la raideur consécutive des jointures du membre. Il est revenu à la consultation du 11, ayant les mouvements presque entièrement rétablis, et d'ailleurs un cal épais et solide. Ces détails suffisent du reste pour notre objet; nous allons dire maintenant ce que fournit l'étude des ongles.

Les ongles des deux mains furent mesurés au compas le 19 décembre, puis le 7 janvier, puis le 23 janvier, c'est-à-dire le 2e, le 21e et le 37e jour de la fracture. Le malade auquel il avait été expressément défendu de les rogner, s'était conformé scrupuleusement à cet ordre.

Voici quel fut le résultat de ces examens:

19 décembre.—	Main droite.	Main gauche.	Différence.
Pouce......	13 mill.	15 mill.	0
Index......	14	14	0
Médius.....	11	15	4
Annulaire..	11	13	2
Auriculaire.	13	12	1

Le 7 janvier, ils avaient crû comme il suit:

Pouce......	15 mill.	17 mill.	2
Index......	15	17	2
Médius.....	13	16	3
Annulaire..	13	14,5	1,5
Auriculaire.	14	13	1

Ainsi, pour le pouce et l'index, la croissance avait été plus forte du côté sain; pour les deux doigts suivants, plus forte du côté malade; pour le petit doigt égale des deux côtés. Elle n'avait été véritablement arrêtée du côté malade qu'à un seul ongle, celui du pouce. Au 28 janvier, nous retrouvâmes ces nouveaux résultats:

Pouce......	17 mill.	17 mill.	0
Index......	16	17	1
Médius.....	14	17	3
Annulaire..	15	15	0
Auriculaire.	15,5	15	0,5

En conséquence, c'étaient cette fois le pouce et l'indicateur du côté sain qui s'étaient arrêtés dans leur croissance, tandis que le pouce et l'indicateur gauche avaient marché; le médius s'était accru d'une égale quantité à droite et à gauche; l'annulaire avait crû davantage à droite qu'à gauche, et le petit doigt davantage à gauche qu'à droite. Et en dernière analyse, du 2e au 37e jour de la fracture, la croissance de chaque ongle lui avait donné en plus les dimensions suivantes:

	Main droite.	Main gauche.
Pouce.....	2 mill.	2 mill.
Index......	2	3
Médius.....	3	2
Annulaire..	4	2
Auriculaire.	2,5	3

En totalité pour les 5 ongles du côté malade, 13 millimètres et 1/2; pour ceux du côté sain 14 millimètres. Dans les 20 premiers jours, la croissance totale avait été, pour le

côté malade de 6 millimètres et pour l'autre de 8, de telle sorte qu'en établissant sa loi, le docteur Guenther a certainement été la dupe de son imagination ou de son malade.

Il est peut-être utile d'ajouter que notre sujet fut examiné une dernière fois le 7 février, jour de sa sortie. Il avait rogné quelques jours auparavant les ongles de la main gauche, et détruit ainsi toute possibilité de comparaison; mais le dommage était léger; car la comparaison eût été rendue également impossible par une autre cause; c'est-à-dire qu'à la main droite les ongles de l'indicateur, de l'annulaire et du petit doigt s'étaient cassés dans leur portion libre, sans que le malade eût rien fait pour aider à ce résultat.

BIBLIOGRAPHIE.

ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE *comprenant l'anatomie descriptive, l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, l'histoire du développement et celle des races humaines,* par BISCHOFF, HENLE, HUSCHKE, SOEMMERRING, THEILE, VALENTIN, VOGEL, WAGNER, WEBER (1).

Tel est le titre sous lequel l'Allemagne savante publie, en dix volumes, un ouvrage qui, réuni aux traités de Burdach et de Muller, formera un ensemble complet d'anatomie et de physiologie. Six volumes ont paru en Allemagne; et la France, grâce à l'infatigable activité de M. Jourdan, en possède déjà deux, traduits dans notre langue, et qui seront rapidement suivis des autres.

Cet important ouvrage sera publié en neuf parties, ainsi divisées.

1° *Biographie de Sœmmerring,* et Histoire de l'anatomie et de la physiologie depuis Haller; par R. Wagner. 1 vol.;

2° *Ostéologie et syndesmologie;* par S.-T. Sœmmerring, R. Wagner. *Mécanique des mouvements de l'homme;* par G. et E. Weber. 1 vol. avec fig.;

3° *Myologie et angéiologie;* par F.-G. Theile. 1 vol.;

4° *Névrologie;* par G. Valentin. 1 vol. avec figures;

5° *Splanchnologie et organes des sens;* par S.-T. Sœmmerring et Huschke. 1 vol.;

6° *Anatomie générale,* ou histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain; par Henle. 2 vol. avec fig.;

7° *Histoire du développement de l'homme;* par Bischoff. 1 vol.;

8° *Anatomie pathologique;* par Vogel. 1 vol.

9° *Anatomie des races humaines et des nations,* avec l'anatomie des téguments extérieurs; par R. Wagner. 1 vol.

Les deux volumes dont nous avons à entretenir aujourd'hui nos lecteurs sont le premier volume de l'Anatomie générale de Henle et la Névrologie de Valentin.

(1) 10 vol. in-8° en 5 livraisons; la première est en vente. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. Prix de chaque volume : 7 fr. 50 c.

Le premier de ces deux volumes, enrichi de planches très belles, traite surtout de l'anatomie microscopique. Avant d'aborder son sujet, l'auteur entre dans l'examen rapide des corps élémentaires. Les métalloïdes et les métaux, les lois de leur combinaison, l'isomorphie, la cristallographie, l'étude des combinaisons organiques, la théorie des radicaux composés, celle de la fermentation alcoolique, des phénomènes que Mitscherlich appelle *effets de contact,* la *force catalytique* de Berzelius, les *ébranlements* de Liebig; tout cela est passé en revue et présenté avec des détails qui paraîtront sans doute trop longs à ceux qui ne cherchent, dans l'étude de nos organes, que des applications immédiates à l'art de guérir, mais qui n'auraient pu, suivant nous, être supprimés ou abrégés sans nuire au plan général et à l'intérêt scientifique de l'ouvrage.

Dans une autre section, il est question des substances organiques nitrogénées, de la protéine et de ses combinaisons, albumine, fibrine, caséine, pepsine; de quelques substances regardées à tort comme des matériaux immédiats, globuline, spermatine, mucus, dacryoline, etc., enfin, des combinaisons organiques réunies sous la dénomination générale d'*extractif-animal.* Tout ce qui vient d'être analysé n'est en quelque sorte que l'introduction du livre; nous arrivons maintenant à la deuxième partie, qui comprend l'anatomie générale proprement dite. L'auteur débute par tracer à grands traits le développement de l'histologie. Depuis Fallope, le premier auteur d'un livre d'anatomie générale, jusqu'aux auteurs les plus modernes, il expose les différents systèmes, après celui de Bichat, ceux de Meckel, de Rudolphi, de Wagner, de Weber, qui n'en sont guères que des modifications. Aucun de ces systèmes, dit l'auteur, n'atteint le but dont le véritable créateur de l'anatomie générale, Bichat, avait si nettement la conscience. Il fallait les révélations du microscope pour reconnaître que certains corps, considérés comme simples, étaient composés, et arriver à poser cette formule que : « l'organisme se compose d'un certain nombre de parties élémentaires, monades ou atomes organiques, qui, dominés et retenus ensemble par une

puissance soustraite à nos moyens d'investigation, s'arrangent, se développent conformément à un type. » Ce principe posé, l'étude des monades, des cellules, leur forme, leur développement, leurs métamorphoses en divers tissus, telle est ou plutôt telle doit être la base de tout système rationnel d'histologie. Mais cette méthode est-elle aujourd'hui applicable? Les faits sont-ils assez nombreux et assez concluants, pour qu'on puisse marcher avec sécurité dans cette voie? C'est ce que l'auteur lui-même n'oserait affirmer. Après avoir indiqué la marche qu'il voudrait pouvoir suivre, il se voit, par suite de l'impuissance de la science, contraint de reculer.

Suivons maintenant Henle dans l'étude successive des organes et des tissus. Son point de départ est la cellule élémentaire; après l'avoir étudiée à son âge adulte, il redescend vers son origine, puis la poursuit dans son développement ultérieur. Sa *cellule élémentaire* contient dans ses parois un corps d'un volume moindre; c'est le *noyau de la cellule*, le *cystoblaste* de Schleiden. Ce corps lui-même présente une ou deux taches, ce sont les *nucléoles*. Enfin, entre chaque cellule est une substance intercellulaire.

Toutes les surfaces libres du corps sont couvertes d'une couche plus ou moins épaisse de cellules élémentaires isolées, ce tissu est l'épiderme, l'épithélium. Mieux vaut renvoyer le lecteur au texte que vouloir lui exposer tout ce qu'il y a de neuf dans cette étude, tout ce qu'il y a de fécond dans les divers épithélium qu'adopte l'auteur allemand. C'est en levant une légère couche de mucus, et en la soumettant au microscope, que Henle a pu étudier les cellules dont l'ensemble constitue la couche épithéliaque qui recouvre les muqueuses. Les mouvements spontanés des cils qui garnissent la surface des cylindres de l'épithélium présentent une étude curieuse et pleine d'intérêt.

De l'étude de l'épiderme à celle des ongles, la transition est naturelle; car, dit l'auteur, le tissu des ongles ne se distingue de celui de l'épiderme qu'en ce qu'il est plus dur et plus cassant. Les poils, le cristallin que Burdach avait déjà classé parmi les tissus stratifiés, les tissus cellulaire, adipeux, élastique, les divers sucs nourriciers, le chyle, la lymphe, le sang, telles sont les dernières parties exposées dans ce premier volume, avec tous les développements que comporte leur étude.

Cette analyse imparfaite suffit pour faire juger du plan de ce livre, de l'esprit qui préside à la rédaction et de l'intérêt qu'il présente. Nous ne craignons point de signaler l'anatomie générale de Henle comme un ouvrage indispensable à tous ceux qui veulent se tenir au courant des progrès récents de l'anatomie et de la physiologie.

Si le travail de Henle est un livre nécessaire, celui de Valentin ne l'est pas moins. De même que Henle, il procède par voie d'analyse; avec les éléments des corps, nous avons vu Henle faire une cellule, et avec cette cellule métamorphosée, nous l'avons vu faire des tissus. Valentin étudie d'abord les corpuscules nerveux et les fibres primitives, en assigne les caractères généraux, différentiels; fait de leur juxta-position un organe, le centre encéphalo-rachidien, d'où partent des cordons qu'il poursuit et décrit avec une rare précision. L'étude du système nerveux du grand sympathique, qui termine le volume intéressant dû à Valentin, est curieux et plein d'attraits.

L'Encyclopédie anatomique promet d'être une collection riche, une mine féconde où l'on trouvera de nombreux matériaux à exploiter. Il est vrai que ce ne sera point un ouvrage élémentaire; c'est pour nous une raison de plus d'adresser nos remercîments et nos éloges à M. J.-B. Baillière, éditeur intelligent et désintéressé, qui a déjà doté notre pays de plusieurs ouvrages recommandables. DENONVILLIERS.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Nous sommes fort en retard avec les académies, à ne considérer que les dates; mais le dommage pourra bien paraître assez léger en voyant la mince récolte de faits chirurgicaux que nous avons faite durant ces deux derniers mois. Nous n'avons, certes, ni la prétention ni même le désir de donner un compte-rendu minutieux de tout ce qui s'adresse aux deux académies; les grandes discussions, les lectures importantes seront toujours l'objet d'articles spéciaux dans nos revues critiques; quant aux observations isolées, qui peuvent être résumées en quelques mots, nous nous réserverons encore d'en faire le triage.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'élection médicale est faite; M. Andral fils a hérité du fauteuil de M. Double; et la lice est maintenant ouverte pour la place chirurgicale laissée vide par la mort de Larrey. Aux candidats dont nous avons donné la liste dans notre premier numéro, sont venus s'adjoindre MM. Ribes, Gerdy, Ségalas, Leroy d'Étiolle. Probablement nous aurons sous peu une longue série de lectures en chirurgie; M. Amussat a déjà présenté un *Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus*, dont nous rendrons compte; et lu récemment son Mémoire sur les épanchements sanguins à la suite des plaies des artères, que nous donnons en tête de ce numéro.

A peine osons-nous mentionner un mémoire du docteur Shuster, sur l'*électro-puncture*, présenté dans la séance du 16 janvier. Sans parler des affections médicales, l'auteur guérit avec ce moyen l'hydrocèle, l'ascite, l'hydarthrose; — les kystes lipomateux, stéatomateux, séreux, synoviaux; — les engorgements des ganglions, du testicule, des trajets fistuleux, etc.; — le goître; — les varices, etc., etc. M. Leroy d'Étiolle a réclamé la priorité de ces idées.

Nous savons que M. Leroy a fait à l'Hôtel-Dieu quelques essais sur des hydrocèles, dont il n'a pas obtenu grand' chose; nous-même nous avons attaqué récemment par l'électro-puncture un hydrocèle et une hydarthrose, et nous n'avons rien obtenu du tout.

M. Manec a écrit une lettre sur l'application de la pâte arsenicale contre les cancers, et la manière dont elle agit. M. Souberbielle s'est hâté de réclamer la priorité pour frère Côme et pour lui-même.

Dans la séance du 13 février, MM. Fournier-Deschamps et Rognetta ont présenté un mémoire sur l'extirpation de l'astragale; nous en donnerons prochainement l'analyse.

Académie de médecine. — L'Académie de médecine n'a pas été beaucoup plus riche en communications chirurgicales.

M. A. Bérard a présenté une pièce d'anatomie pathologique, provenant d'un homme qui avait succombé à un rétrécissement de l'œsophage. Constamment les sondes étaient arrêtées au-dessous du larynx, et frottaient là contre un corps rugueux que l'on crut être le cartilage cricoïde. Le malade ayant succombé à une pneumonie, l'autopsie fit voir un rétrécissement d'une étendue de un centimètre, formé par du tissu squirrheux; et au-dessus se trouvait un noyau de prune contre lequel venaient heurter les sondes. M. Bérard présume que le rétrécissement existait avant l'ingestion du noyau (*Séance du 20 décembre*).

M. L. Boyer présente une pièce d'anatomie pathologique représentant le mode d'union du muscle droit interne, coupé vingt-trois mois auparavant pour un strabisme convergent; la guérison avait persisté jusqu'à la mort. Le muscle s'était fixé sur la sclérotique à neuf millimètres en arrière de la cornée, à deux millimètres plus en arrière que le muscle congénère de l'œil sain. Trois faits semblables ont déjà été vus par Babington, en Angleterre, et en France par MM. Lenoir et Bouvier. M. Boyer rappelle qu'il a, le premier, constaté ce mode de réunion par des expériences sur les animaux vivants (*Même séance*).

M. Jolly a fait un rapport favorable au sujet d'un mémoire sur les syphilides, par M. Gibert. Une courte discussion s'est élevée sur quelques assertions de l'auteur; et M. Ricord, appelé ensuite à la tribune, a saisi cette occasion d'exposer ses idées en quelques points contraires à celles de M. Gibert. Le mémoire de M. Gibert devant être inséré dans le bulletin de l'académie, nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochaine Revue (3 *janvier*).

M. Ségalas a présenté des pièces anatomiques provenant d'un enfant sur lequel les symptômes les plus caractérisés avaient fait croire à l'existence d'un calcul, que cependant la sonde ne pouvait pas trouver. L'enfant ayant succombé à une affection cérébrale, l'autopsie montra la vessie vide; le rein dans un état de maladie très avancé; les calices, le bassinet et l'uretère considérablement dilatés (*Même séance*).

Dans la séance du 7 février, M. Récamier a commencé la lecture d'un long travail sur les maladies de l'utérus et de ses dépendances; nous en rendrons compte lorsqu'il sera terminé.

M. Amussat, dans la même séance, a présenté trois enfants sur lesquels il avait été obligé de pratiquer un anus artificiel, soit au périnée, soit à la région lombaire, pour cause d'imperforation de l'anus normal. Une discussion a failli s'élever sur la question de l'anus lombaire, et elle n'aurait pas manqué d'être intéressante; mais l'Académie paraît, pour le présent, lassée et rassasiée de discussions; celle-ci a donc avorté.

Voilà ce que la chirurgie a gagné de plus net aux séances des deux académies, du 20 décembre au 20 février.

— M. César Hawkins se glorifie à juste titre d'avoir opéré de la hernie étranglée le sujet le plus jeune et le sujet le plus âgé. Le premier était un enfant de 7 *semaines*, le second un vieillard de 107 ans. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est qu'il les a guéris tous les deux.

— L'association des chirurgiens des hôpitaux de Paris s'est réunie le 18 février pour célébrer, par le banquet accoutumé, la réception d'un nouveau collègue, M. Marjolin fils. Cette association, qui compte déjà dix années d'existence, repose sur les bases suivantes : tous ses membres, nommés par concours au Bureau central, s'engagent à ne reconnaître, après le concours, d'autres titres que l'ancienneté pour passer à leur tour dans les hôpitaux en qualité de titulaires, et de même pour arriver à des services supérieurs. Chaque nouvel élu du concours est invité à souscrire à cet engagement; et il n'y a pas eu jusqu'ici d'exemple ni d'un refus, ni d'un manque de foi. L'association est déjà composée de seize membres, dont onze chefs de service; le dernier reçu est M. Marjolin fils. Tous assistaient à ce banquet, dans lequel a régné la plus grande confraternité.

—Bibliothèque du médecin-praticien, ou *Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale ou chirurgicale, de toutes les monographies, etc., publiées en France et à l'étranger*; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, auteur du *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*. 12 forts vol. environ, in-8° sur 2 colonnes; en 36 livraisons de 220 à 250 pages, paraissant régulièrement de mois en mois. Prix de chaque livraison, à Paris, 3 fr. :—de chaque volume, 8 fr. 50.—On souscrit à Paris, chez l'auteur, rue Dauphine, 24.

Le premier volume traite *des maladies des femmes*. La première livraison est en vente. Nous rendrons compte prochainement de cette importante publication.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET C^ie^, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

MARS 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur l'innocuité du contact de l'air dans les incisions sous-cutanées, *par* M. MALGAIGNE.

L'un des plus beaux et des plus importants problèmes qui se présentent de nos jours à l'investigation des chirurgiens est celui de l'innocuité des plaies sous-cutanées. Non pas que ce soit là une question toute moderne, ni aussi rétrécie que le feraient croire les termes dans lesquels je viens de la poser ; il n'est pas besoin d'une méditation bien profonde pour reconnaître qu'elle a dû se présenter dès l'origine des choses ; que toujours on a observé une différence immense entre les fractures, les luxations, les hernies, les ruptures tendineuses ou musculaires, les épanchements sanguins confinés sous les téguments, et les mêmes lésions exposées à l'air libre. Il ne paraît pas pourtant que jusqu'au 18e siècle on se soit beaucoup préoccupé de rechercher la cause de cette différence; et ceux même qui tentaient la réunion à l'aide des sutures semblent n'avoir obéi qu'à une impulsion empirique. John Hunter, parmi tant de questions abordées et résolues, avait été frappé de celle-là : mais tout son génie échoua contre la difficulté. La récente généralisation des opérations sous-cutanées devait y ramener l'attention des chirurgiens. On sait la théorie qu'a proposée et soutenue M. J. Guérin ; ou plutôt nous croyions la connaître; et il vient de nous apprendre que nous étions tombés à ce sujet dans une étrange erreur.

Le 28 février dernier, j'avais adressé à l'Académie royale de médecine la lettre suivante :

L'innocuité à peu près constante des plaies sous-cutanées est un fait désormais acquis à la science, et qui n'a pas été sans influence sur les progrès récents de la médecine opératoire.

A M. J. Guérin revient surtout l'honneur de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe, d'en avoir généralisé les applications, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. D'après cette théorie, comme on sait, le contact de l'air est la cause essentielle de l'inflammation dans les plaies; prévenez ce contact, il n'y aura plus d'inflammation; et de là la nécessité des précautions les plus minutieuses pour empêcher l'entrée de l'air. C'est une idée déjà ancienne, avancée un peu témérairement par Alexandre Monro, vivement combattue par John Bell; difficile dès lors à concilier avec les notions chirurgicales les mieux assises. A-t-elle été mieux démontrée de nos jours? Je crains qu'à cet égard son ingénieux rénovateur ne se soit fait illusion, et qu'il n'ait pas suffisamment prévu les objections qui pouvaient lui être adressées.

M. Guérin a fait sur les animaux un certain nombre d'incisions sous-cutanées à l'abri du contact de l'air; toutes ont guéri sans suppuration, et il en a conclu qu'avec le contact de l'air elles se seraient enflammées et auraient suppuré. Peut-être la conclusion n'était-elle pas tout-à-fait logique; il eût fallu sans doute essayer de soumettre au moins quelques incisions à ce contact si redoutable, pour s'assurer s'il aurait produit réellement les accidents qu'on lui attribuait.

J'ai fait ces expériences, je les ai répétées dans des conditions bien autrement graves que celles de M. Guérin; j'y ai insufflé des torrents d'air, et toutes ont guéri sans la moindre trace de suppuration.

Je commençai par insuffler une énorme quantité d'air dans le tissu cellulaire de deux lapins; après quoi j'opérai sur l'un une large incision sous-cutanée du tissu cellulaire; sur l'autre une longue incision des muscles des gouttières vertébrales. Deux jours après, la réunion était parfaite.

Ces expériences différant dans la forme des opérations pratiquées sur l'homme, je les répétai de la manière suivante: je divisai sur un lapin le tissu cellulaire, sur l'autre les muscles, et immédiatement après j'insufflai par l'ouverture cutanée une énorme quantité d'air. Le résultat fut absolument le même.

Je coupai en travers les muscles postérieurs de la cuisse, et j'eus ainsi une rétraction considérable, avec un vide entre les bouts des muscles qui se remplit immédiatement de sang, et il y eut même une petite hémorrhagie à l'extérieur. Insufflation d'air; réunion immédiate parfaite.

Je divisai la moitié des ligaments et de la capsule du genou; j'insufflai de l'air. Même résultat.

Je cassai le fémur dans sa partie moyenne; j'écartai les fragments, et les enfonçai dans les chairs; après quoi je portai le bistouri sur ces fragments, que je labourai dans l'étendue de 4 à 5 centimètres; puis j'insufflai de l'air. Même résultat.

J'enfonçai mon bistouri dans la poitrine, je labourai la plèvre costale et la surface du poumon, puis je procédai à l'insufflation. Même résultat.

Afin que l'on sache bien comment s'opérait l'insufflation, je dirai que je me servais d'un tube de trois à quatre millimètres de diamètre, et j'y soufflais tout l'air que contenait ma poitrine. L'emphysème était si considérable, qu'il persistait encore plusieurs jours après la reunion des plaies.

On voit, après cela, ce qu'il faut penser d'une théorie qui explique par l'introduction de quelques bulles d'air la suppuration arrivée dans quelques opérations pratiquées par de fort habiles chirurgiens et par M. Guérin lui-même. J'ai attaché quelque prix à la détruire, attendu qu'entre autres conséquences fâcheuses, elle tend à fixer uniquement l'attention du chirurgien sur un danger imaginaire, en lui cachant les véritables causes de l'inflammation et de la suppuration.

La lecture de cette lettre ne fut suivie d'aucune observation; M. Guérin était absent; et la *Gazette médicale* du 4 mars avertit qu'il se proposait de présenter à la séance prochaine quelques remarques *qui mettraient d'accord les expériences de M. Malgaigne avec les siennes et la théorie qu'il en avait déduite.*

Voici ces remarques telles que M. J. Guérin les a reproduites dans sa *Gazette.*

« Il faut bien distinguer, dans le travail de M. Malgaigne, les expériences et les conclusions qu'il en a tirées. Les expériences sont les suivantes: il a insufflé de *l'air de sa poitrine* dans des plaies faites aux parties profondes, à travers une petite ouverture de la peau; et il a vu que, nonobstant cette circonstance, les plaies se sont toujours cicatrisées sans au-

cun indice de suppuration. Un pareil résultat a d'abord eu pour effet de mettre en évidence l'innocuité des plaies sous-cutanées ; et sous ce premier rapport, il y a accord entier entre M. Malgaigne et moi. Mais, d'un autre côté, M. Malgaigne a conclu de ses expériences contre ma théorie de la cicatrisation dans les plaies sous-cutanées. Car, suivant moi, dit-il, l'inflammation et la suppuration, dans les solutions de continuité, dépendent du *simple contact* et de la *présence de quelques bulles d'air.*

« J'avoue que si telle était en effet ma manière de voir, les résultats de M. Malgaigne suffiraient à la renverser. Mais il s'en faut de beaucoup que je puisse accepter comme exacte l'interprétation qu'il a donnée de mes idées. Je n'ai jamais prétendu, et mes expériences aussi bien que mes écrits témoignent du contraire, que de l'air en contact momentané avec une surface traumatique l'enflamme et la fait suppurer nécessairement. Dans ces conditions (et ce sont celles où M. Malgaigne s'est placé dans ses expériences), la suppuration ne survient que rarement, et par suite de circonstances tout exceptionnelles dont je me réserve de signaler ultérieurement les causes et le mécanisme. Dans les cas, au contraire, où le contact de l'air est *permanent,* où il s'agit de l'*air atmosphérique* incessamment en rapport avec la plaie, la suppuration des surfaces exposées est le fait général, et la cicatrisation immédiate une exception tellement rare que je n'en connais pas d'exemple.

« Je n'insiste pas davantage pour le moment sur cet ordre de considérations. Je voulais seulement rétablir mes idées dans leur sens et leur expression véritables. Je voulais surtout indiquer les causes qui amènent à la suite de lésions en apparence semblables des résultats si différents, afin que lorsqu'on voudra de nouveau expérimenter, on se place dans les conditions où je me suis placé moi-même. Je tiens surtout à rappeler que l'étroitesse de l'ouverture ne constitue pas seule la méthode, comme on se plaît généralement à le répandre ; car, quelque petite qu'elle soit, si on la maintient béante, si l'air peut trouver dans ses bords un accès libre et constant pour pénétrer dans le foyer, la suppuration sera inévitable. J'ai plusieurs fois constaté qu'après avoir divisé les muscles de la cuisse et de la fesse sur un chien, la plaie s'enflammait et suppurait toujours lorsqu'on prenait soin de permettre l'entrée continuelle de l'air, c'est-à-dire lorsqu'on faisait l'ouverture cutanée et la plaie des tissus dans le même point, et de manière que l'une communiquât incessamment et fît communiquer l'atmosphère avec l'autre. »

Puis, M. Ollivier d'Angers ayant rappelé que, dans l'emphysème, l'air atmosphérique reste plusieurs jours au sein des tissus sans qu'aucun accident décèle sa prétendue action irritante, M. Guérin a répondu qu'il n'y avait aucune parité entre ce fait et ses propres expériences.

« D'abord, a-t-il dit, les cas cités par M. Ollivier sont surtout des exemples d'introduction de l'air dans des cavités closes, et non de surfaces traumatiques exposées au contact de ce fluide. En second lieu, dans l'emphysème, il ne s'agit que d'introduction instantanée, que de contact passager, et non pas de cette exposition incessante et continue de la plaie à l'air, dont les dangers demeurent bien réels, comme on le voit, et ainsi que j'espère pouvoir le démontrer prochainement sans réplique. »

Ici M. Bouvier a ajouté quelques mots pour lesquels nous croyons devoir préférer la version de la *Gazette des hôpitaux*, plus impartiale de ce côté que la *Gazette médicale.*

« Je répondrai, a dit M. Bouvier, quelques mots pour M. Malgaigne; et je dirai, ce que sans doute il aurait dit lui-même, que jusqu'ici nous n'avions pas compris la question telle que vient de la poser M. Guérin. Cette distinction entre les plaies closes et soumises à l'air, et les plaies communiquant avec l'air extérieur, est nouvelle pour nous. Je me borne à cette simple remarque, en priant l'Académie de se souvenir qu'il ne s'agit plus aujourd'hui que des plaies communiquant avec l'air d'une manière permanente. »

Je dois d'abord quelques remercîments à M. Bouvier pour avoir pris sa part de la méprise dans laquelle j'étais si malheureusement tombé ; mais j'ajouterai que la méprise était beaucoup plus générale, et que je n'ai pas encore rencontré un seul chirurgien qui comprît autrement que nous la théorie de M. Guérin. En feuilletant les pages assez nombreuses qu'il a écrites sur cette matière, on trouve répétée jusqu'à satiété cette assertion, que l'innocuité des plaies sous-cutanées tient

à l'absence du contact de l'air. La petitesse des plaies n'y fait rien par elle-même, elle n'agit qu'en prévenant ce contact. J'ai dit dans ma lettre que M. Guérin n'avait pas fait une seule expérience sur les plaies sous-cutanées en contact avec l'air; en effet, toujours il avait pris le plus grand soin d'éviter ce contact; mais il croyait avoir trouvé dans une de ses opérations sur l'homme *une contre-épreuve décisive*; et ses paroles valent la peine d'être reproduites.

« La seule opération qui n'ait pas suivi la marche que je viens d'indiquer a offert des circonstances exceptionnelles qui m'ont paru expliquer clairement la différence des résultats obtenus. C'était la seconde fois que je faisais la section de la totalité des muscles de la gouttière vertébrale; j'avais fait deux ouvertures à la peau, beaucoup plus grandes que de coutume; une assez grande quantité d'air s'était introduite dans la plaie par ces ouvertures, et s'était infiltrée entre les gaînes celluleuses des muscles. Ce n'est que le lendemain de l'opération que je me suis aperçu de la présence de cette masse d'air, qui avait soulevé la peau dans une assez grande étendue, et qu'on pouvait apprécier à la crépitation provoquée par la pression des doigts. Depuis cet accident, j'ai eu soin de faire de très petites ouvertures à la peau, de n'en faire qu'une autant que possible pour chaque opération, d'expulser l'air qui s'y introduisait, et surtout de ne pas en faire sortir tout le sang épanché, pour ne pas laisser d'espace libre entre les lèvres de la plaie et les bouts des muscles divisés. Moyennant ces précautions, il ne m'est pas arrivé le plus petit accident, et j'ai cru voir dans le cas exceptionnel que je viens de rapporter une contre-épreuve décisive de mes expériences pour établir le fait général de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. » (*Essai sur la méthode sous-cutanée,* p. 58.)

Contre-épreuve décisive! vous l'entendez; et qu'ai-je fait par mes expériences que ruiner cette contre-épreuve décisive? Car je ne me suis pas contenté de faire pénétrer dans mes plaies *une assez grande quantité d'air ;* j'en ai soufflé une quantité énorme. Il ne m'a point suffi d'*une légère infiltration entre les gaînes des muscles*; j'ai produit un emphysème si considérable qu'il persistait plusieurs jours après la guérison de mes plaies.

M. Guérin, dans sa réponse, parle d'expériences toutes nouvelles dans lesquelles, dit-il, *si l'on prend soin de permettre l'entrée continuelle de l'air*, la plaie s'enflamme et suppure toujours ; mais, parmi les opérateurs qui ont eu quelquefois de ces suppurations, en est-il un seul *qui ait pris ce soin?* Tous au contraire agissaient avec une préoccupation toute contraire ; ils ne voulaient ni laisser entrer l'air ni permettre le séjour des bulles qui avaient pu entrer par hasard. M. Guérin n'était pas défenseur moins ardent de ces précautions; il disait, il répétait qu'il fallait, pour que l'organisation immédiate de la plaie s'effectuât à coup sûr, que les ouvertures de la peau fussent très-petites, *que la plaie fût évacuée de l'air qui avait pu s'y introduire pendant l'opération;* et plus loin :

« La présence et le contact de l'air étant reconnus comme l'obstacle principal qui s'oppose à la réunion immédiate des plaies, il conviendra d'aviser, non-seulement au moyen d'obtenir un contact parfait entre tous les points des surfaces mises en rapport, de fermer hermétiquement le bord des plaies, *mais encore de faire un vide complet entre leurs surfaces*, de manière à obtenir de la pression atmosphérique un supplément d'action propre à maintenir les surfaces réciproques dans une adhésion parfaite et permanente. (*Ouv. cité,* p. 61 et 68.)

Je multiplierais ces citations par centaines; je rappellerais que M. Guérin proposait *la ponction sous-cutanée* de certains abcès du foie, des kystes séreux de l'ovaire, des hydropisies du ventre, des différentes espèces d'empyèmes, de l'hydrocéphale chronique, *toutes opérations*, ajoutait-il, *qui n'ont jamais été exécutées par la méthode sous-cutanée, mais que je crois pouvoir l'être avec les précautions et les procédés convenables* (ibid., p. 40); que plus tard il approuvait et perfectionnait un procédé d'abaissement de la cataracte par une ponction sous-conjonctivale pour empêcher l'introduction de l'air (*Gaz. méd* , 1842, p. 491): et que, tout récemment encore, il indiquait dans le même but un perfectionnement non moins

considérable à la ponction de l'hydrocéphale (*Ibid.* 1843, p. 123). En lisant toutes ces choses, pouvions-nous croire que M. Guérin ne songeait qu'à éviter *le contact permanent de l'air atmosphérique*, et qu'il fît si bon marché de *l'introduction d'air dans des cavités closes ?*

La méprise dans laquelle je suis tombé avec tant d'autres n'est donc pas sans quelque excuse ; mais j'irai plus loin. Accoutumé à trouver dans les travaux de M. Guérin des idées sérieuses, des vues originales et de haute portée, je n'aurais pas osé y chercher la théorie qu'il vient de revendiquer en pleine Académie. Quoi ! M. Guérin aurait fait tant de bruit pour établir ce grand principe, que *les plaies exposées d'une manière permanente à l'air atmosphérique doivent suppurer ?* Aujourd'hui même, il annonce *qu'il le démontrera prochainement sans réplique!* Le travail ne sera pas grand, j'imagine; cela est connu depuis que le monde est monde; et il y a de ces choses qu'il est défendu de prouver.

Peut-être aussi n'ai-je pas bien compris le sens des paroles de M. Guérin, malgré le soin que j'ai pris de les transcrire textuellement de son journal, reproduisant avec scrupule jusqu'aux lettres italiques. La clarté n'est pas la qualité la plus constante de son style; et, dans ce moment même, où je viens de relire avec soin ses *Essais sur la méthode sous-cutanée*, je dois reconnaître que bon nombre de passages présentent un sens opposé à ceux que je citais tout à l'heure, sans que je sois bien sûr d'en comprendre le sens véritable. Comme je ne prétends point faire la critique complète de cet ouvrage d'ailleurs très remarquable, je n'en citerai que deux exemples.

Ainsi, ouvrant le livre à la page 41, je lis ces paroles décisives :

« Précisons donc une dernière fois le but, les moyens et les résultats caractéristiques de la méthode sous-cutanée, *et de toutes les applications* qu'elle pourra suggérer. Son but, c'est d'affranchir les tissus à diviser et les humeurs à évacuer du contact prolongé de l'air; *ses moyens, c'est d'atteindre les tissus ou les humeurs à travers de simples piqûres de la peau, de manière à prévenir ce contact.....* »

Puis, quand l'auteur a ainsi et pour une dernière fois précisé les moyens de sa méthode, il décrit, page 113, *une application de la méthode* à l'extraction des corps étrangers articulaires, et il recommande une incision de la peau qui permette d'opérer l'extraction immédiate. On sait que plus tard il décrivait aussi, comme une dérivation de la méthode, une section à lambeau de la conjonctive pour l'opération du strabisme.

Autre exemple. J'ai rappelé dans ma lettre les cas de suppuration observés par plusieurs chirurgiens :

« En comparant, dit M. Guérin, les circonstances des opérations, je crus voir que les accidents inflammatoires survenus à la suite des ténotomies pratiquées par MM. Dieffenbach, Lisfranc, Velpeau et autres, provenaient d'ouvertures trop grandes *ou trop directes.*

Voilà ce que je lis, page 21, et en effet M. Guérin blâme généralement les ponctions directes. Mais, à la page 96, il rapporte une opération malheureuse de M. Velpeau, qui, ayant fait *une ponction oblique* dans un kyste synovial, eut une inflammation suppurative fort grave ; et il ajoute :

« J'ai fait *une ponction oblique dans la tumeur*, dit M. Velpeau; toute la raison de son insuccès est là ! »

J'avoue que, dans ces deux cas, il m'est difficile de discerner au juste l'idée de l'auteur.

Mais, laissant là toutes ces discussions désormais inutiles, revenons à l'état présent de la question; constatons que M. Guérin est d'accord avec moi, sur l'innocuité générale de la présence de l'air dans les cavités closes, dans les incisions sous-cutanées; et qu'il repousse et renie l'opinion opposée que j'avais cru à tort être la sienne. Cet accord complet sur un point si important entraîne, pour

la théorie et la pratique, des conséquences assez notables, et c'est en quoi tout ce débat, qui pouvait sembler de prime-abord assez stérile, prendra un intérêt réel aux yeux des praticiens.

D'abord il ne sera plus question de l'abaissement de la cataracte par une ponction sous-conjonctivale; attendu que lors même que la ponction ordinaire entraînerait l'introduction de *quelques bulles d'air*, ce qui n'est nullement prouvé, *la présence de ces quelques bulles dans une cavité close*, de l'avis de M. Guérin et du mien, ne pourrait nullement passer pour une cause d'inflammation.

Il redevient permis également de faire la ponction dans l'ascite, dans l'hydrocéphale, dans les hydarthroses, par la méthode ordinaire ; attendu que l'introduction de quelques bulles d'air, qui est encore ici une pure hypothèse, n'aurait toujours lieu que dans une cavité close ; et que c'est le *contact permanent de l'air atmosphérique* qui est seul à redouter.

Il importera peu de faire dans une tumeur synoviale une ponction directe ou oblique ou de toute autre nature, pourvu qu'on applique sur la plaie extérieure une mouche de diachylon qui empêche *le contact permanent de l'air atmosphérique.*

Ces trois conclusions sont très sérieuses et très légitimes; je les mets pour ma part constamment en pratique, et je n'ai jamais eu d'inflammation suppurative. Mais, en déduisant rigoureusement toutes les conséquences du nouveau principe adopté par M. Guérin, il s'ensuivrait que toutes les opérations sanglantes, même les grandes amputations, devraient guérir sans inflammation et sans suppuration, pourvu que les plaies fussent soustraites *au contact permanent de l'air ;* et quelques points de suture ou même de simples bandelettes de diachylon en feraient l'affaire. M. Guérin dans un moment a paru le croire ; bien plus, comme il n'était pas alors aussi convaincu qu'à présent de l'innocuité *de quelques bulles d'air*, il avait essayé, à l'aide d'appareils très-ingénieux, de *faire le vide*, selon son expression, entre le moignon et la peau qui le recouvrait; et, le vide étant fait, d'emprisonner le tout dans une poche de baudruche ou de caoutchouc. Le vide fut fait en effet avec une telle puissance, que le sang pleuvait de tout le moignon comme dans une ventouse scarifiée; circonstance heureuse d'ailleurs dans le système de M. Guérin, qui veut que le sang occupe tout l'intervalle des surfaces. Malgré tant de précautions, les tentatives ne réussirent point ; un élément inconnu apporta dans tout le moignon l'inflammation et la suppuration, en dépit de l'absence de l'air; résultat fatal à la théorie, et qui aurait pu facilement être annoncé à l'avance.

Ne raillons point cependant ces expériences ; il y a au fond une grande idée que leur insuccès ne doit point faire méconnaître. Oui, le problème de la réunion immédiate des lésions sous-cutanées est la clé de tous ces grands problèmes irrésolus, la guérison sans suppuration des fractures les plus compliquées; la réunion immédiate des amputations les plus graves; en un mot, la cicatrisation rapide et sans suppuration de toutes les plaies accidentelles ou artificielles que puisse supporter sans périr l'économie humaine. Depuis Hunter, tous ces problèmes ont été laissés en oubli, comme par un secret désespoir d'atteindre jamais le mot de l'énigme. M. Guérin s'est remis un des premiers à cette œuvre difficile, et son seul tort est peut-être de ne pas s'être suffisamment enquis de ce qu'on avait déjà fait avant lui. La théorie de l'influence pernicieuse de l'air n'est assurément pas nouvelle; et elle était depuis longtemps caduque lorsqu'il a essayé de la restaurer. Il est très vrai, il est trop vrai que l'exposition permanente à l'air extérieur est une cause à peu près inévitable de suppuration dans les plaies; mais il n'est pas moins vrai que l'air en lui-même ne joue ici que le moindre rôle, puisqu'en l'insufflant à grands flots sous la peau, la suppuration manque; puisqu'en soustrayant certaines plaies à son action, elles n'en suppurent pas moins. Cet élément

inconnu, cette cause cachée de la suppuration, où est-elle? Nul jusqu'ici n'a su le dire; mais, en appelant tous les chirurgiens à cette grande recherche, il était essentiel, pour éviter des erreurs de route, de dire d'abord où elle n'était pas.

Recherches expérimentales sur la formation des cicatrices artérielles et des anévrismes traumatiques; *lues à l'Académie des sciences, les* 20 et 27 *février* 1843, par J.-Z. Amussat.

Ce nouveau mémoire peut être considéré comme la suite et le complément de celui que j'ai eu l'honneur de lire récemment à l'Académie, *sur les tumeurs sanguines consécutives à la blessure des artères.* Je n'avais alors considéré que les effets des accidents immédiats ou primitifs des blessures artérielles; mais là ne se sont point bornées mes recherches. J'ai étudié avec soin ce qui arrive après un certain temps dans ces sortes de blessures; et j'ai trouvé que tantôt il se forme des cicatrices, et d'autres fois des anévrismes. Je m'occuperai successivement de l'une et de l'autre terminaison.

1° *De la formation des cicatrices artérielles.*

Peut-on espérer d'obtenir des cicatrices artérielles solides? Ou, en d'autres termes, est-il possible, après la blessure d'une artère, d'éviter la formation d'un anévrisme?

On croit généralement que les plaies artérielles ne peuvent pas guérir, et qu'il se forme inévitablement un anévrisme; j'ai admis longtemps aussi la vérité de ce principe. J'avais bien vu qu'il se formait des cicatrices solides à la suite de la blessure des vaisseaux sur les chiens; mais je croyais que ces cicatrices étaient dues uniquement à la plasticité du sang qui est très grande chez ces animaux. Aujourd'hui, d'après les faits que j'ai recueillis et les expériences que j'ai faites, j'ai acquis la certitude qu'on peut obtenir des cicatrices artérielles solides, même sur l'homme.

Pour donner une idée exacte de l'opinion établie dans la science, je citerai quelques passages des auteurs qui font autorité sous ce rapport, depuis J.-L. Petit.

Voici ce qu'écrit Jones: « La réunion d'une artère blessée est un événement que j'ai été si peu accoutumé à considérer comme probable, et le danger de chercher à les réunir paraît avoir été si bien établi par un grand nombre de faits effrayants tirés de la pratique de plusieurs auteurs, que je doute fort de faire jamais des expériences qui ajoutent à ma propre conviction à cet égard. »

Boyer dit: « Aujourd'hui tous les praticiens conviennent que les artères ouvertes ne se consolident qu'en s'oblitérant, et que la guérison produite par un caillot qui bouche la plaie de l'artère n'est point une guérison complète radicale, et qu'elle expose le malade à un anévrisme faux consécutif............. Si la plaie d'une artère se guérissait au moyen d'un caillot, en conservant son calibre, il est certain que la compression serait le moyen préférable pour arrêter l'hémorrhagie; mais si la compression, lorsqu'elle borne son effet à retenir le caillot à l'embouchure du vaisseau, ne procure qu'une guérison incomplète, et laisse le malade exposé à un anévrisme faux consécutif; elle devient un mauvais moyen, et on doit la rejeter. Si au contraire elle oblitère le vaisseau et qu'elle ne puisse opérer la guérison sans cette oblitération, il reste encore à décider si la ligature ne lui est pas préférable. »

On voit que Boyer n'avait observé de cicatrices artérielles, ni sur l'homme, ni sur les animaux; et qu'il tire ses inductions de la fréquence des anévrismes à la suite des blessures artérielles. C'est lui surtout qui a fait prévaloir l'opinion

régnante qu'un anévrisme est inévitable après une blessure artérielle, et que par conséquent on doit se hâter d'opérer.

Je dis au contraire que la cicatrisation d'une plaie d'artère est dans beaucoup de cas facile à obtenir ; mais, pour arriver à cet heureux résultat, il y a certaines précautions à prendre, et, avant tout, il faut bien savoir comment s'opère cette cicatrisation.

Une cicatrice artérielle ne se forme jamais par la réunion des lèvres de la blessure du vaisseau, c'est-à-dire par réunion immédiate ; elle se forme par la soudure de l'extrémité d'un caillot fibrineux qui bouche l'ouverture de l'artère ; ce caillot se durcit, s'organise, et finit par prendre tous les caractères des parois de l'artère avec lesquelles il s'identifie.

Une membrane interne de nouvelle formation tapisse le caillot du côté de la cavité du vaisseau, et prend complètement l'aspect de celle de l'artère avec laquelle elle se confond ; cette membrane est de même espèce que celle qu'on observe à la surface interne d'un sac anévrismal.

Ordinairement sur les chevaux une légère excavation s'observe à l'intérieur, vis-à-vis la cicatrice artérielle ; sur les chiens au contraire, on remarque un léger renflement.

A l'extérieur, la cicatrice artérielle se présente sous la forme d'un nodus de fibrine, qui s'amoindrit par l'absorption, et finit par disparaître, plus ou moins longtemps après l'accident, suivant la quantité de sang épanchée entre la peau et la blessure du vaisseau.

Au bout d'un certain temps, le caillot qui bouche la plaie artérielle latérale n'occupe que l'épaisseur des parois de l'artère, il n'est retenu que par le pourtour de l'ouverture de la membrane celluleuse et de la gaîne. C'est une pièce au lieu d'un bouchon ; c'est un couvercle, ou mieux c'est un bouchon mince qui n'a que l'épaisseur des parois du vaisseau ; on conçoit que, s'il n'est pas soutenu, il ne faudra pas un grand effort pour le détacher. Il en est bien autrement dans le cas de la section complète du vaisseau ; le caillot, qui bouche le calibre d'une artère entièrement divisée, forme un véritable bouchon complètement enfoncé dans le tube, et recouvert par la gaîne et la celluleuse.

Dans le premier cas le caillot est presque tout en dehors ; dans l'autre le caillot est presque tout en dedans.

Ces premières données bien établies, cherchons maintenant quelles sont les causes qui peuvent s'opposer à la formation des cicatrices artérielles solides ; est-ce la nature du tissu artériel ou plutôt l'impulsion du sang ?

Le tissu artériel ne s'oppose nullement à la formation d'une cicatrice ; au contraire je crois que son épaisseur, sa structure et son analogie avec la fibrine doivent favoriser cette cicatrice ; mais les parois de l'artère par leur élasticité et leur distension à chaque impulsion du cœur doivent s'opposer à sa consolidation. C'est aussi ce qui résulte de mes recherches et de mes expériences ; de même qu'il arrive une hémorrhagie lorsqu'un caillot de sang est chassé du bout d'une artère obturée complètement par un bouchon de fibrine, de même il se forme un anévrisme lorsque le caillot latéral est détaché par la force d'impulsion du sang qui dilate la cavité du vaisseau et tend à décoller les adhérences qui unissent le pourtour du caillot aux bords de la blessure artérielle. On conçoit facilement que le décollement du caillot ou de la cicatrice artérielle doit être beaucoup plus facile et plus fréquent dans un cas que dans l'autre.

J'ai fait sur les chiens et les chevaux un grand nombre d'expériences ; et je puis assurer que j'ai obtenu presque toujours des cicatrices artérielles fort remarquables. On peut dire que la plasticité du sang explique ces résultats sur le chien ; mais sur le cheval le sang est au contraire beaucoup moins plastique, par conséquent il faut chercher une autre cause. Est-ce la force d'impulsion du cœur

qui est moindre chez les animaux que chez l'homme? On n'oserait l'affirmer. Ne serait-ce pas plutôt que chez l'homme le traitement n'est pas dirigé comme il convient, et surtout n'est pas prolongé avec la persévérance nécessaire?

Voyons ce qu'on fait généralement lorsqu'une artère est blessée. Comme on n'a en vue que les accidents primitifs, on se contente de les combattre et souvent encore d'une manière fort insuffisante. Prenons pour exemple une saignée malheureuse: on se borne à faire une compression en général peu méthodique, on permet les mouvements du bras qui dérangent presque toujours la compression ; et s'il n'y a pas d'épanchement on se relâche bien vite, même des moyens compressifs. Point de régime, point d'affaiblissement; ni diète, ni saignées, ni purgatifs, enfin rien en vue de favoriser une cicatrice durable de l'artère. Sous le rapport local et général, ce traitement est complètement insuffisant; et si on obtient une cicatrice durable, c'est un hasard heureux et fort rare, parcequ'on n'a pas fait tout ce qu'il faut faire pour l'obtenir.

Pour atteindre ce résultat, il est donc évident qu'il faut mettre le blessé dans les conditions les plus favorables: employer à la fois la compression méthodique et soutenue, le repos du membre, son immobilité même assurée par une attelle ; l'affaiblissement du sujet par la diète, les saignées, les purgatifs ; et ne pas cesser toute compression au bout de deux ou trois jours comme on le fait ordinairement, mais au contraire redoubler de précautions pour assurer la consolidation du caillot. Il vaut mieux employer sévèrement 12 à 15 jours à prévenir l'anévrisme, que de les employer plus tard à le guérir, par une opération d'ailleurs toujours très grave et quelquefois mortelle. J'espère qu'en suivant cette conduite on parviendra à empêcher, dans le plus grand nombre de cas, la formation des anévrismes traumatiques.

Il faut faire comme pour les fractures, c'est-à-dire employer les moyens et le temps nécessaires pour la consolidation des os fracturés. Il doit en être de même pour les plaies artérielles; la cicatrice est sans doute difficile à obtenir : mais, puisqu'elle est possible à certaines conditions, il ne faut rien négliger pour tâcher d'arriver à ce résultat important.

Pour les hernies étranglées, j'ai établi un principe opposé à celui qui était admis, et il est déjà entré dans la pratique : c'est-à-dire qu'il ne faut pas se presser d'opérer. Pour les plaies artérielles, j'espère avoir le même succès; et faire bien comprendre aux praticiens qu'on peut obtenir des cicatrices durables et capables de résister à l'impulsion du sang, en employant les moyens convenables pour atteindre ce but.

2° *De la formation des anévrismes traumatiques.*

Il y a déjà bien longtemps que je me suis occupé de cette question. Dès 1829, M. Villardebo, un de mes élèves, qui avait assisté à mes premières expériences sur la torsion et le refoulement des membranes intérieures des artères, voulant faire une thèse sur les anévrismes, m'avait demandé s'il serait possible d'en produire sur les animaux vivants. Imbu des idées de Scarpa, je pensai au refoulement des membranes intérieures, et j'en fis l'essai sur un chien, fermement convaincu, d'après les idées de ce grand maître, qu'un anévrisme mixte devait avoir lieu. Nous croyions même qu'il allait se former immédiatement sous nos yeux; mais nous fûmes déçus dans notre espoir; et quelques jours après, l'animal ayant été sacrifié, nous trouvâmes un nodus dans le point où l'artère avait été blessée, et le vaisseau parfaitement oblitéré. Je fis aussi quelques essais en enlevant la membrane externe des artères, mais sans plus de succès. Depuis cette époque j'ai cherché à diverses reprises à produire des anévrismes sur des chiens, et les résultats n'ont pas été plus satisfaisants.

J'avais donc perdu tout espoir de produire sur les animaux des anévrismes

comparables à ceux qui surviennent chez l'homme; mais dans ces derniers temps, à l'occasion de mes recherches sur les tumeurs sanguines, ayant voulu voir ce que devenait le *cratère*, je me trouvai conduit à étudier cette autre question non moins importante de la formation des anévrismes traumatiques. Il est assez remarquable que dans le musée Dupuytren on ne trouve que des anévrismes spontanés de l'aorte, et un ou deux des membres inférieurs recueillis par Desault, et qu'il n'y ait absolument rien sur les anévrismes traumatiques.

Je commencerai par établir ce fait curieux que, dans ces sortes d'expériences, on n'obtient presque jamais d'anévrismes sur les chiens, et que sur les chevaux mêmes on n'obtient que des anévrismes complexes, c'est-à-dire des anévrismes artérioso-veineux ou par transfusion. Je n'ai pas obtenu un seul anévrisme *artériel simple*, c'est-à-dire une poche sur-ajoutée à la blessure d'une artère.

Pour les anévrismes artérioso-veineux ou par transfusion, les seuls que j'aie constatés, j'en ai observé de plusieurs espèces, que l'on trouvera toutes dans les expériences suivantes; et j'avais songé d'abord à classer celles-ci selon la variété qu'elles avaient produites, mais il m'a paru plus utile peut-être de suivre d'époque en époque l'organisation de l'anévrisme; et c'est ainsi que j'ai procédé.

Expérience Ire. — *Blessure de la veine et de l'artère crurale; autopsie dix heures après.*

Sur un cheval de taille ordinaire, je plongeai la lame d'un bistouri sur le trajet des vaisseaux cruraux; à l'instant jaillit par la piqûre un jet de sang rouge écarlate. Un point de suture entortillée réunit la plaie des téguments et suffit à empêcher l'hémorrhagie extérieure; mais il se forma sous la peau une tumeur sanguine volumineuse.

Une autre expérience faite sur la carotide fatigua beaucoup l'animal, qui eut peine à se relever, et retomba peu après sur sa litière. Il succomba dix heures après l'expérience.

Autopsie.—Il existe à la cuisse une tumeur sanguine volumineuse qui remonte jusque au-dessous de l'abdomen. En enlevant la masse des caillots sanguins qui forment ce vaste épanchement, on met à nu les vaisseaux cruraux.

L'artère et la veine sont toutes les deux blessées. Il existe entre elles une communication directe par la correspondance des deux blessures.

La plaie de l'artère est moins considérable que celle de la veine. Toutes les deux sont revêtues à leur pourtour de *végétations fibrineuses* déjà bien organisées, et en forme de chou-fleur, lesquelles bordent et rétrécissent les ouvertures de communication des deux vaisseaux.

La blessure de la veine siégeait à l'embouchure d'une grosse branche veineuse.

Voilà un cas de plaie de l'artère et de la veine étudié dès son origine. On voit qu'il se serait fait ici un anévrisme variqueux simple, et sans poche anévrismale; dans les autres variétés nous trouverons une ou même plusieurs poches, dont suivrons l'organisation de jour en jour.

Expérience II.—*Double anévrisme artériel et variqueux, examiné le 5e jour.*

Sur un cheval de grande taille on enfonce la lame d'un bistouri sur le trajet des vaisseaux cruraux. On juge que l'artère a été atteinte par la force et la couleur du jet de sang qui s'échappe aussitôt, et qu'on arrête par la réunion de la plaie. Une tumeur se manifeste sur-le-champ, envahit toute la face interne de la cuisse, et remonte jusqu'au-dessous de l'abdomen.

L'animal qui avait été soumis déjà à une autre expérience, paraît très souffrant, et succombe au bout de 4 jours et demi.

Autopsie.—Vaste tumeur sanguine, un peu moindre cependant que le jour de

l'expérience; l'artère et la veine crurale ont été toutes les deux blessées; et de leur lésion résulte un double anévrisme artériel et variqueux.

L'artère crurale paraît avoir été percée à son point de contact avec la veine; sa blessure, d'une grandeur de 6 à 8 millimètres environ, bordée d'un pourtour fibrineux, correspond d'une part avec un sac anévrismal à parois minces et ridées intérieurement, qu'on serait tenté de prendre pour le foyer d'un abcès plutôt que pour un sac anévrismatique; et d'autre part avec celle de la veine, en sorte qu'il existe en réalité aussi un anévrisme variqueux.

La blessure de la veine, également entourée d'un anneau fibrineux frangé, correspond directement à la blessure de l'artère, et offre à peu de chose près le même volume qu'elle.

On voit ici une blessure différente de la première, qui aurait donné lieu avec le temps à une autre variété d'anévrisme; et dès le milieu du 5e jour la poche semble déjà s'organiser. L'expérience suivante, prolongée 36 heures de plus, montrera cette organisation en progrès, mais surtout une des variétés les plus curieuses que l'on puisse voir d'anévrisme traumatique.

EXPÉRIENCE III.—*Blessure de l'artère crurale droite, formation d'un anévrisme énorme composé de plusieurs sacs communiquant entre eux; autopsie le 6e jour.*

Sur un beau et grand cheval de cavalerie, l'artère crurale de la cuisse droite a été blessée au moyen d'une simple ponction faite avec un bistouri sur le trajet de ce vaisseau, qui a été atteint du premier coup. La plaie a été aussitôt réunie par la suture, en sorte que l'animal n'a pas perdu par là 2 onces de sang.

Une tumeur sanguine s'est développée aussitôt et a pris un accroissement considérable. Elle occupe toute la face interne du membre postérieur.

Une autre expérience avait été faite sur la carotide droite. Par suite de cette double expérience l'animal parut affaibli et fort souffrant. On le laissa vivre 6 jours.

Autopsie.—Énorme tumeur sanguine occupant toute l'étendue du membre, depuis l'abdomen jusqu'au dessous du genou.

En déblayant le membre de tous les caillots sanguins qui constituent ce vaste épanchement, on met à nu une série de sacs anévrismatiques, communiquant les uns avec les autres. Cet anévrisme a plusieurs loges, et affecte les formes les plus bizarres.

Un premier sac anfractueux, de forme allongée, forme la base de cette espèce de pyramide de sacs anévrismatiques. C'est dans la cavité de ce premier sac que s'ouvrent les deux extrémités divisées de l'artère crurale, qui ne tiennent entre elles que par un petit lambeau de la tunique celluleuse du vaisseau.

Un deuxième sac s'élève au-dessus du premier, et communique avec lui par une espèce de resserrement garni à son intérieur d'un bourrelet fibrineux analogue à la valvule pylorique. Son intérieur est tout-à-fait lisse ; ses parois sont épaisses de plus de 2 lignes. Il a la forme d'un rein, et communique avec un troisième sac par un véritable pédicule, dont l'existence tient probablement à l'étranglement opéré sur lui par l'ouverture traumatique de l'aponévrose qui a livré passage à l'instrument vulnérant.

Ce troisième sac, dont les dimensions atteignent 8 à 10 centimètres, est sphérique : il est ouvert par sa partie supérieure qui n'est point encore complètement organisée; en sorte qu'il est circulairement ouvert en haut, où il laisse voir dans son intérieur un quatrième sac également rond et dont l'organisation est achevée dans tous ses points. Ce dernier sac n'adhère à celui qui le renferme que par le pourtour d'une ouverture arrondie dans le collet commun au 2e et au 3e sac, en sorte que le 2e communique directement avec le 4e.

En poursuivant l'examen de la pièce, on a trouvé à la veine crurale une blessure ou incision correspondant à la même hauteur que celle de l'artère; l'aspect

de cette incision et ses lèvres fraîches portent à croire qu'elle est toute récente et qu'elle vient d'être faite par le scalpel pendant l'examen de la pièce. Néanmoins, comme la certitude manque à cet égard, et que dans la formation des anévrismes obtenus dans les expériences précédentes, il y a toujours eu lésion simultanée de l'artère et de la veine, il est probable que la blessure de la veine a été faite en même temps que celle de l'artère.

EXPÉRIENCE IV.—*Section complète de l'artère et de la veine fémorales.—Formation d'un anévrisme.—Autopsie le 7e jour.*

Jument de moyenne taille.—On a cherché à couper l'artère crurale gauche, par un débridement sous-cutané, en imprimant un mouvement de bascule à la pointe du bistouri enfoncé sur le trajet du vaisseau. Un énorme jet de sang artériel mêlé de stries de sang veineux a donné lieu de croire que l'artère et la veine avaient été blessées. On a fermé aussitôt la plaie extérieure par la suture entortillée; et à l'instant s'est développée une tumeur sanguine assez considérable à l'endroit même de la piqûre.—On a abattu l'animal le 7e jour.

Autopsie.—La tumeur sanguine de la cuisse est en grande partie résorbée. Après avoir enlevé les caillots sanguins qui recouvrent les vaisseaux, on aperçoit un sac anévrismal énorme, correspondant à l'endroit où le vaisseau a été blessé.

Ce sac, ouvert dans toute sa largeur, offre les orifices des deux bouts de l'artère et de la veine fémorales qui ont été complètement divisées. L'une et l'autre s'ouvrent dans la cavité du sac. Ces orifices séparés par un intervalle d'un pouce pour l'artère et de deux pour la veine indiquent d'une manière évidente une rétraction assez marquée entre les bouts supérieurs et inférieurs divisés de ces deux vaisseaux.

Cette variété n'est pas sans quelque analogie avec l'anévrisme spontané disséquant. On voit d'ailleurs la résorption de la tumeur extérieure et l'organisation du sac se suivre dans ce cas comme dans les précédents.

EXPÉRIENCE V.—*Anévrisme variqueux latéral, disséqué le 8e jour.*

Un bistouri pointu à lame étroite fut transversalement plongé sur le trajet des vaisseaux cruraux, chez un cheval de taille ordinaire. Un jet de sang élancé à distance et de couleur rutilante fit présumer que l'artère avait été ouverte du premier coup. On arrêta sur-le-champ l'hémorrhagie par la suture entortillée des lèvres de la plaie cutanée. Une tumeur sanguine hémisphérique et volumineuse se développa à l'endroit même de la blessure.

L'animal vécut huit jours, paraissant souffrir beaucoup ; et en définitive il succomba aux suites de l'opération.

Autopsie.—La tumeur sanguine, sans faire une grande saillie, s'étend dans toute la cuisse, et remonte jusque sous l'abdomen du cheval. Après avoir enlevé la masse des caillots sanguins qui forment ce vaste épanchement, on découvre l'artère et la veine crurales qui toutes deux sont blessées latéralement.

Les blessures de communication entre l'artère et la veine sont fermées dans leur plus grande étendue par un bouchon fibrineux ; mais la portion restée béante fait communiquer les deux vaisseaux entre eux, en sorte que le passage du sang devait avoir lieu de l'artère dans la veine, d'où résultait un véritable anévrisme variqueux latéral.

On n'observe pas de dilatation dans le calibre de la veine, comme cela a lieu d'ordinaire dans cette espèce d'anévrisme.

La plaie de l'artère vue par la face interne de ce vaisseau a environ 6 millimètres d'étendue, celle de la veine est beaucoup plus large.

C'est le même bouchon fibrineux interposé entre les blessures artérielle et veineuse, qui ferme en partie chacune de ces deux ouvertures comme nous l'avons

fait observer; il s'étend en outre en forme d'excroissance polypeuse dans le calibre de la veine, où il se prolonge comme un appendice flottant dirigé dans le sens du courant de la circulation veineuse.

Expérience vi.—*Blessure d'une branche de l'artère crurale droite; formation en 9 jours d'un anévrisme en forme d'ampoule, à l'extrémité du bout supérieur de cette branche.*

Jument blanche de petite taille. On enfonce la lame d'un bistouri sur le trajet des vaisseaux cruraux. Leur blessure donne issue à une hémorrhagie artérielle et veineuse, qu'on arrête aussitôt par la suture de la plaie de la peau. L'animal a tout au plus perdu une demi-livre de sang.

Une tumeur considérable, offrant environ 20 centimètres de largeur à sa base, s'est développée à l'endroit même de la piqûre.

L'animal n'a pas paru incommodé du résultat de l'expérience; on l'a laissé vivre 9 jours. Pendant cet intervalle un amaigrissement considérable l'a jeté dans une faiblesse extrême; et comme la lésion locale n'explique pas cet accident, attendu que l'animal semble se bien porter d'ailleurs, et ne refuse pas la nourriture, qu'il n'y a ni inflammation ni dégénérescence phlegmoneuse de la tumeur sanguine, il est à présumer qu'il faut attribuer cet état squelettique qu'offre l'animal à l'insuffisance de la nourriture qui lui a été donnée.

Autopsie.—Le volume de la tumeur sanguine est réduit d'un quart environ au-dessous de la peau; sur l'aponévrose on aperçoit la cicatrice de la blessure qui a donné passage à l'instrument vulnérant. En incisant perpendiculairement sur ce point, on divise en deux moitiés le caillot sanguin qui est solidifié, organisé comme de la chair, et d'une couleur brune foncée. Au centre de ce caillot il existe encore un reste du cratère, oblitéré à son fond.

Les tissus voisins n'offrent aucune infiltration sanguine et sont à l'état normal.

En coupant le caillot sanguin par tranches horizontales, on arriva sur un tissu jaunâtre ressemblant à de la graisse durcie et dégénérée, qui me parut faire partie d'un sac anévrismal, contrairement à l'opinion des assistants; mais une dissection plus étendue les réunit tous à mon opinion. On mit en effet à découvert un véritable sac anévrismal parfaitement organisé, ayant la forme d'une ampoule, et terminant en cul-de-sac l'extrémité du bout supérieur d'une principale branche divisée d'une part, provenant du tronc de la crurale; d'autre part, l'extrémité du bout supérieur de la veine fémorale également divisée.

La branche artérielle et le tronc veineux complètement coupés en travers s'ouvraient à la partie supérieure de la poche anévrismatique; leur orifice se confondait avec les parois même du sac.

Fendu dans toute sa longueur, ce sac a un diamètre de deux pouces et demi environ dans tous les sens. Ses parois consistantes, épaisses d'une ligne environ, offrent une épaisseur beaucoup plus marquée à son côté interne; elles ont dans ce point plus de 4 lignes. La cavité du sac renferme une petite quantité de sang grumeleux.

Il est à regretter qu'avant d'inciser le sac et de l'ouvrir dans toute son étendue, on n'ait point poussé une injection forcée dans sa cavité, afin de constater d'une manière bien positive l'absence de tout autre orifice appartenant aux bouts inférieurs des vaisseaux divisés.

Expérience vii.—*Formation d'un double anévrisme variqueux et artériel; autopsie le 10e jour.*

Sur un cheval de petite taille, une ponction fut faite sur le trajet des vaisseaux cruraux avec la pointe d'un bistouri. Un jet de sang rutilant s'échappa avec force,

et à une grande distance. Il fut arrêté sur-le-champ par la suture entortillée. L'animal fut abattu le 10e jour.

Autopsie. — L'examen de la cuisse a offert un double anévrisme artériel et veineux.

La veine crurale incisée dans toute sa longueur présentait un trou arrondi bordé de dentelures ou rugosités fibrineuses, faisant communiquer directement l'artère avec la veine. Ce trou avait un diamètre de 3 à 4 lignes (5 à 6 millimètres).

L'artère offre sur la paroi opposée à celle qui est adossée à la veine un sac anévrismal fort remarquable par les anfractuosités et les colonnes charnues qu'il présente dans son intérieur; ce sac a un pouce et demi environ (4 centimètres) dans tous les sens. Sur la paroi artérielle adossée à la veine, se voit la blessure de communication entre ces deux vaisseaux.

La disposition respective des deux vaisseaux et de leurs lésions indique d'une manière positive que l'artère a été blessée de part en part sans avoir été coupée, et que la veine n'a été atteinte par la pointe du bistouri qu'après que celui-ci a eu traversé les parois de l'artère.

Ce fait est en outre fort remarquable par la disposition du double anévrisme, et l'on remarquera que c'est du côté de l'anévrisme artériel simple que le sac offrait des colonnes charnues.

A partir de cette époque, j'ai négligé de tenir note des changements apportés par chaque jour dans la constitution des anévrismes; le sac est formé, il ne fait plus que s'épaissir et s'organiser d'une manière plus forte; l'expérience suivante poussée jusqu'au 18e jour suffira pour justifier ce que je viens de dire.

EXPÉRIENCE VIII. — *Anévrisme variqueux, disséqué le 18e jour.*

Je cherchais à opérer une section complète de l'artère crurale droite sur un cheval de petite taille, en enfonçant la lame d'un bistouri sur le trajet de ce vaisseau, et faisant décrire à l'instrument un mouvement en arc de cercle. A l'instant, issue d'un flot de sang artériel, mêlé de stries d'une couleur plus foncée, ce qui fit présumer que l'artère et la veine avaient été simultanément blessées. La plaie de la peau fut aussitôt fermée par la suture entortillée, et le sang n'ayant aucune issue à l'extérieur forma sous la peau une tumeur volumineuse qui acquit la dimension de la moitié d'une tête d'adulte.

On laissa vivre l'animal pendant 18 jours. Il paraissait se bien porter malgré sa blessure; et le jour où il fut abattu, la tumeur sanguine avait éprouvé une diminution d'un quart environ.

Autopsie.—L'examen de la cuisse offre à l'endroit de la piqûre un caillot sanguin coagulé, et comme carnifié, au centre duquel existe un sac anévrismal de 8 centimètres environ de diamètre (3 pouces). Incisé dans toute sa longueur, ce sac présente à sa face interne les orifices séparés des deux ouvertures de l'artère et de la veine crurale. Ces deux vaisseaux n'ont pas été coupés en totalité, mais ouverts seulement dans une étendue de 4 lignes (5 millimètres environ) de leur circonférence.

Les parois de la poche anévrismale avaient à peu près de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Ces expériences apportent avec elles des conclusions de plus d'une sorte; et d'abord j'ai constaté, ainsi qu'on l'a vu, la réalité d'un assez grand nombre de variétés de l'anévrisme variqueux, dont les principales sont:

1° Le *latéral simple*, qui est établi par un trou de communication entre une artère et une veine accolées.

2° Le *latéral avec poche anévrismale*, la communication étant établie par le sac entre l'artère et la veine.

3° L'*anévrisme double*, c'est-à-dire qu'une artère ayant été transpercée, il s'établit une poche anévrismatique d'un côté, et de l'autre une communication entre l'artère et la veine.

4° Le *direct :* une artère et une veine ayant été divisées entièrement, la communication est rétablie par une poche intermédiaire.

5° Enfin l'*anévrisme direct en cul-de-sac*, une poche anévrismale s'étant formée à l'extrémité du bout cardiaque d'une artère et d'une veine entièrement divisées.

Quant à la formation du sac anévrismal, on voit que le kyste n'est pas formé par le tissu cellulaire ambiant, mais qu'il s'organise de toutes pièces. Il n'échappera du reste à personne que tant que cette poche n'est pas formée il n'y a pas à proprement parler anévrisme, et que ceux qu'on appelle *anévrismes faux primitifs* ou *diffus* ne sont que de simples épanchements de sang, et doivent être rayés de la nomenclature des anévrismes.

L'époque à laquelle se forme cette poche est fort rapprochée chez les animaux de l'époque de la lésion artérielle; il est possible qu'elle s'en éloigne davantage chez l'homme. Quant aux conséquences pratiques relatives à l'opération, elles ne sont pas autres que celles qui ont été parfaitement déduites par M. Breschet dans son *Mémoire sur les anévrismes par transfusion observés dans l'espèce humaine.*

Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement des membres inférieurs dans les coxalgies, par M. Bonnet, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

DEUXIÈME PARTIE.

DU RACCOURCISSEMENT DANS LES MALADIES DE LA HANCHE.

La question du raccourcissement dans les maladies de la hanche a été moins controversée que la question de l'allongement; elle a sans doute paru plus facile à résoudre, parce qu'il semblait tout naturel d'attribuer les raccourcissements légers à l'élévation du bassin, et les raccourcissements considérables à la luxation du fémur sur l'os des îles; malheureusement, la question n'est pas aussi simple qu'elle le paraît; il me semble même que, sous le rapport de ses causes et de son diagnostic, le raccourcissement dans les maladies de la hanche offre plus de difficultés à résoudre que l'allongement dans les mêmes maladies.

En effet, tandis que l'allongement est toujours apparent et doit être constamment attribué à la position qu'a choisie le malade, le raccourcissement dépend, tantôt de la position du malade, tantôt de l'absorption de la tête du fémur et du fond de la cavité cotyloïde, tantôt de la luxation sur l'os des îles.

Sous le rapport du diagnostic, tandis qu'on peut donner sans peine au membre sain une position identique à celle du membre malade, si celui-ci est allongé; quand le malade est raccourci, cette identité de position est très difficile à obtenir.

Je vais examiner successivement le raccourcissement :

1° Dans les cas où il est dû à la position du malade;

2° Dans les cas où il dépend de l'absorption de la tête du fémur et du fond de la cavité cotyloïde;

3° Dans les cas enfin où il forme l'un des symptômes de la luxation spontanée sur l'os des îles.

Du raccourcissement apparent dépendant de la position qu'adoptent les malades atteints de coxalgies. — Les raccourcissements qui dépendent de la position qu'adoptent les malades peuvent offrir tous les caractères des raccourcissements qui

sont dus aux luxations spontanées sur l'os des îles, et les erreurs de diagnostic qui résultent de cette similitude de symptômes s'observent assez fréquemment.

Volper, Albers de Brême, cités par Samuel Cooper, ont fait des autopsies où ils croyaient rencontrer des luxations spontanées, et dans lesquelles cependant les os avaient conservé leurs rapports naturels; Monteggia avoue qu'il a commis des erreurs du même genre; et pour moi, je dois dire qu'à l'époque où je commençais à professer la clinique, ce fut l'impression pénible que j'éprouvai, en voyant mon diagnostic d'une luxation spontanée démentie par la dissection, qui devint la cause des recherches que je n'ai cessé de poursuivre depuis plusieurs années sur les maladies de la hanche.

Les malades affectés de raccourcissement apparent sont tous couchés sur le côté sain; leur cuisse malade est pliée sur le bassin et portée dans l'adduction et la rotation en dedans; leur épine iliaque du côté malade est placée plus haut et plus en arrière que celle du côté sain. — Dans cette position, le grand trochanter fait une saillie considérable en dehors, ainsi qu'on le voit constamment lorsque la cuisse fléchie est portée dans l'adduction et la rotation en dedans; le grand trochanter ainsi rendu saillant s'élève aussi haut que l'épine iliaque antérieure et supérieure, si la flexion du bassin sur la cuisse est voisine de l'angle droit. Le raccourcissement apparent peut être de dix à douze centimètres, comme on peut s'en assurer en simulant sur soi-même la position que je décris. L'étendue de ce raccourcissement, la direction du fémur, la saillie et l'élévation du grand trochanter étant semblables alors à celles que l'on observe dans les luxations spontanées de l'os des îles, on comprend combien les erreurs de diagnostic sont faciles, lorsqu'à cette position, devenue permanente, se joignent les signes d'une maladie grave de la hanche.

En comparant la position des membres raccourcis à celle des membres allongés, on voit que les uns et les autres sont légèrement fléchis sur le bassin; mais dans le raccourcissement il y a adduction de la cuisse, élévation et position postérieure de l'épine iliaque, tandis que dans l'allongement il y a abduction du membre, abaissement et position plus antérieure de l'épine iliaque.

Je regrette de ne pouvoir ici rendre sensible aux yeux, par des dessins, les positions que je décris; à défaut de ces dessins, qui seront reproduits dans l'atlas de mon *Traité des maladies des articulations*, je me contenterai d'indiquer les précautions à prendre pour vérifier, au lit du malade, les observations que je viens de faire connaître, et j'expliquerai comment la position adoptée par les malades peut produire un raccourcissement assez étendu pour faire croire à une luxation.

Si les malades sont debout, reposant sur le membre inférieur du côté sain, la colonne vertébrale convenablement redressée, on vérifie sans peine toutes les observations que je viens de faire sur la position de la cuisse et du bassin du côté de la coxalgie; mais lorsque le malade est couché, il faut quelquefois assez d'attention pour reconnaître la flexion de la cuisse et le degré de l'adduction.

Pour reconnaître la flexion de la cuisse, il faut faire coucher le malade de manière à ce que sa colonne vertébrale touche le lit dans toute son étendue.

Dans cette position, la flexion de la cuisse est évidente, le genou est plus ou moins élevé au dessus du plan du lit; et si on l'abaisse, on voit aussitôt la colonne vertébrale s'arquer, en formant une concavité en arrière. En passant l'avant-bras derrière le tronc, on reconnaît sans peine, lorsqu'on cherche à étendre la cuisse, ce soulèvement de la colonne vertébrale.

Pour bien apprécier l'étendue de l'adduction, il faut rechercher, avec les précautions déjà indiquées dans la première partie de ce mémoire, l'axe du bassin, et prolonger idéalement cet axe de haut en bas. On le voit alors croiser la cuisse du côté malade, toujours au dessus de la partie moyenne de celle-ci, ce qui démontre l'existence d'un degré d'adduction que l'on ne peut jamais simuler au même degré dans l'état sain.

Quant au mode suivant lequel agit la position que j'examine dans ce chapitre, pour produire un raccourcissement qui peut aller jusqu'à dix ou douze centimètres et faire croire à une luxation spontanée, voici comme je le comprends.

L'élévation d'un côté du bassin pouvant aller jusqu'à trois ou quatre centimètres, quelquefois moins, jamais plus, rend compte du tiers à peu près du raccourcissement. Cette cause a été reconnue par tous les auteurs.

La position en arrière de l'épine iliaque du côté malade, combinée avec la flexion de la cuisse de ce côté, peut produire un raccourcissement encore plus considérable que l'élévation de l'épine iliaque. En effet, si l'on s'asseoit et que l'on porte en arrière autant que possible un côté du bassin, le côté gauche par exemple, on voit aussitôt le genou correspondant se porter de quatre à cinq centimètres en arrière du genou opposé. Comme on ne peut, lorsqu'on est debout, produire par la simple élévation de l'un des côtés du bassin, une différence de plus de trois centimètres entre la hauteur des deux pieds, on voit, à en juger du moins par l'expérience dans l'état sain, que la position postérieure de l'épine iliaque combinée avec la flexion de la cuisse, peut produire un raccourcissement plus étendu que l'élévation de cette épine. Quoi qu'il en soit, ces deux causes agissant tout à la fois sur les malades affectés de coxalgie avec raccourcissement apparent suffisent pour expliquer comment celui-ci peut être porté à six ou sept centimètres.

Le surplus du raccourcissement doit être attribué à l'adduction du membre raccourci; l'influence de cette cause ne peut être comprise qu'autant que l'on se rappelle que le membre sain est porté dans l'abduction, et que, dans le jugement que l'on porte sur la longueur de ces membres, on ne fait que les comparer l'un à l'autre. Ceci posé, qu'étant assis on porte les deux membres autant que possible à droite, on verra que le genou gauche, qui est en adduction, paraîtra de trois à quatre centimètres plus en arrière que le droit, qui est dans l'abduction. Cette expérience, qui permet de juger des effets de l'adduction, montre comment, chez les malades dont le genou est fortement porté en dedans, celle-ci peut rendre compte d'un raccourcissement de deux ou trois centimètres au moins.

Ainsi, chacune des positions que j'indique comme cause du raccourcissement, savoir : l'élévation de l'épine iliaque, la position plus postérieure de cette épine, combinée avec la flexion de la cuisse et l'adduction de celle-ci : chacune de ces causes, dis-je, contribue à la production du phénomène, et lorsqu'elles se combinent toutes ensemble, comme cela a lieu d'ordinaire sur les malades, on comprend sans peine qu'elles produisent les raccourcissements étendus dont j'ai cherché à expliquer le mécanisme. Pour rendre celui-ci plus sensible aux yeux, on peut, en prenant l'attitude complexe que j'indique comme la plus favorable aux raccourcissements, en produire sur soi-même qui soient presque aussi étendus que ceux qu'on peut observer sur les malades, et qui ne diffèrent de ces derniers qu'en ce qu'ils sont momentanés et qu'on peut les faire cesser à volonté.

Le raccourcissement apparent n'induirait jamais en erreur, en faisant croire à une luxation sur l'os des îles, si la cuisse n'était maintenue, lorsqu'il existe, dans des rapports plus ou moins fixes avec le bassin; car il est bien évident que toutes les causes d'erreur disparaîtraient, si le malade pouvait se redresser à son gré, et si les deux membres inférieurs se plaçaient exactement dans la même position. Malheureusement il n'en est point ainsi. Dans les raccourcissements de la hanche, comme dans les flexions du genou consécutives à des maladies graves de cette articulation, les os sont maintenus dans des rapports plus ou moins fixes, soit par l'inégalité des surfaces articulaires, soit par la rétraction des muscles et la formation des tissus lardacés ou fibreux autour de la jointure, etc.

Cette fixité de position s'ajoute à la direction du fémur et à la saillie du grand trochanter, pour faire confondre les raccourcissements avec les luxations sur l'os des îles.

Pour éviter les erreurs qui peuvent résulter de cette analogie si grande de symptômes entre deux maladies pourtant si différentes, je ne connais qu'un moyen qui s'applique à tous les cas : c'est la comparaison entre les deux membres dans des positions identiques.

Pour obtenir cette identité de position, ou bien l'on agit sur le membre sain que l'on porte dans la même déviation que le membre malade, ou bien l'on agit sur le membre malade que l'on ramène à la même rectitude que le membre sain.

Le premier moyen ne peut être mis en usage, lorsque la cuisse malade est dans l'adduction; car elle occupe alors la place où l'on voudrait amener la cuisse saine. Le second moyen est seul praticable, mais il exige beaucoup de temps et des appareils convenables. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on l'a mis en usage, et qu'on a réussi à obtenir le redressement, on voit souvent disparaître toute inégalité de longueur entre les deux membres, quoiqu'avant le redressement cette inégalité fût de plus de dix centimètres. Il n'y avait évidemment, dans ces cas, aucune luxation.

Raccourcissement réel dépendant de l'ulcération de la cavité cotyloïde et de la tête du fémur.—Les observations d'ulcération de la cavité cotyloïde ou de la tête du fémur, assez considérable pour produire un raccourcissement réel, sont nombreuses dans la science.

Rust, dans son Arthrokakologie, a insisté sur les cas où la carie porte spécialement sur la tête du fémur, et il a cité des exemples nombreux dans lesquels on voit tous les degrés de la destruction, depuis celle de la superficie de l'os jusqu'à l'absorption de toute la tête et du col du fémur. On doit à Edward Ford, qui écrivait sur les maladies de la hanche en 1794, plusieurs observations sur l'ulcération de la cavité cotyloïde, pénétrant quelquefois jusque dans le bassin. On sait aussi que Larrey a rencontré plusieurs cas d'ulcérations isolées ou simultanées de la tête du fémur ou de l'acétabulum, et que cet ordre d'altérations lui a paru si commun dans les cas de raccourcissement, qu'il regarde la luxation sur l'os des îles comme une cause exceptionnelle de raccourcissement, et qu'il attribue surtout ce phénomène à la carie des os qui forment l'articulation îléo-fémorale. Il n'est pas de chirurgien, ayant fait des autopsies nombreuses, qui n'ait vu des cas analogues à ceux qu'ont fait connaître Rust, Ford et Larrey. Les observations de ces auteurs doivent rester dans la science, non avec le degré d'importance qu'ils leur ont assigné, mais comme exemple de phénomènes qu'on observe fréquemment.

Le raccourcissement que peut produire l'ulcération des os qui forment l'articulation de la hanche, ne peut dépasser deux à trois centimètres, en supposant que le membre raccourci ait conservé une rectitude parfaite. En d'autres termes, si le raccourcissement réel, dû à l'ulcération, ne se combine avec aucun raccourcissement apparent, dû à la position du malade, la différence de longueur entre les membres doit être très bornée. C'est assez dire que les raccourcissements de six à douze centimètres, que l'on observe assez fréquemment dans la pratique, ne peuvent jamais dépendre uniquement de l'ulcération des os. Mais, en limitant ainsi l'étendue du raccourcissement que peut produire l'ulcération de la tête du fémur, peut-on, pendant la vie, distinguer ce raccourcissement de celui qui est dû simplement à la position des malades, ou de celui qui dépend de la luxation sur l'os des îles? Aucun auteur ne s'est occupé de ce problème, et je n'oserais le résoudre d'une manière générale; car en donnant une solution *à priori*, je m'exposerais à des erreurs que l'observation permet seule d'éviter.

Une seule fois, j'ai diagnostiqué pendant la vie une ulcération de la tête du fémur assez considérable pour produire un raccourcissement réel; voici dans quelle circonstance.

Le membre du côté malade était plus long de six centimètres que celui du côté sain; le malade était dans la position que j'ai décrite en traitant de l'allongement;

l'épine iliaque du côté malade était située plus bas et plus en avant que celle du côté opposé, et la cuisse, fléchie de quarante-cinq degrés sur le bassin, était portée dans l'abduction. Cette position était maintenue avec beaucoup de fixité par les tissus fibreux et lardacés qui entouraient les trajets fistuleux provenant de la hanche ; l'allongement tenait évidemment à la position, du moins d'après les principes que j'ai cherché à développer. Cependant, je plaçai le membre du côté sain dans la même flexion et dans la même abduction que celui du côté malade, et tandis que j'aurais dû trouver l'identité de longueur entre les deux membres, après avoir établi l'identité de position, si ces deux membres eussent été réellement égaux, je trouvai que celui du côté sain avait deux ou trois centimètres de plus que celui du côté malade; ce dernier côté , allongé en apparence , était donc raccourci en réalité. L'autopsie démontra la justesse de ce diagnostic ; la tête du fémur et la superficie du fond de la cavité cotyloïde étaient complètement absorbées.

Le diagnostic pourrait être établi avec une égale précision , si le malade était couché sur le dos et que les deux membres inférieurs fussent dans une rectitude parfaite. Si, dans cette position, où il ne peut y avoir ni allongement, ni raccourcissement apparent, le membre du côté malade est cependant plus court que celui du côté opposé, il y a incontestablement destruction de la tête du fémur.

Si cette destruction pouvait se combiner avec la position dans laquelle il y a raccourcissement apparent, le diagnostic serait d'une extrême difficulté.

Raccourcissement réel dépendant d'une luxation spontanée sur l'os des îles. —Le raccourcissement réel dépendant d'une luxation spontanée sur l'os des îles se combine toujours avec le raccourcissement apparent dépendant de la position du malade. Ces deux ordres de raccourcissements, combinés l'un avec l'autre, forment un composé dans lequel il est difficile d'assigner la part de la position et celle du déplacement de la cuisse.

Si l'adduction et la flexion de la cuisse coïncident toujours avec la luxation sur l'os des îles, c'est que cette position précède toujours la luxation et que, la luxation produite, le fémur conserve plus ou moins la direction dans laquelle il s'est luxé.

On s'est appliqué à chercher les causes qui pouvaient chasser la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde, et l'on a successivement invoqué la répulsion exercée par des liquides, par des fongosités, etc. Je ne nie point l'action de ces causes ; je reconnais, comme je l'ai déjà fait, que des liquides et des fongosités peuvent repousser la tête du fémur en dehors : mais je conserve des doutes sur l'existence de cette répulsion. Les liquides ne peuvent agir sur la tête du fémur qu'autant que la capsule ne cède pas à leur effort, et, sans aucun doute, cette capsule se distend peu à peu dans les hydarthroses.

Il est douteux aussi que les fongosités aient jamais chassé le fémur de la cavité cotyloïde ; car tous les cas où l'on trouve cette cavité remplie de matières fongueuses sont des cas où la luxation est déjà opérée. Or, les productions nouvelles qui remplissent l'acétabulum peuvent être aussi bien l'effet que la cause de la luxation.

La véritable cause du déplacement de la cuisse en haut et en dehors est la combinaison d'une certaine position avec la destruction des ligaments et des rebords osseux qui maintiennent le fémur dans sa position normale. Cette destruction ne suffit pas à elle seule ; car , dans les cas rares où les malades se tiennent couchés sur le dos, les deux membres inférieurs étendus dans la direction de l'axe du tronc, jamais on ne voit de luxation, bien que les ligaments et le rebord cotyloïdien puissent être ulcérés.

Toutes les fois que la cuisse se luxe sur l'os des îles, elle est préalablement fléchie et portée dans l'adduction et la rotation en dedans. Cette position n'est pas une simple coïncidence, elle est la cause efficiente du déplacement.

Si l'on veut, sur un cadavre, luxer la cuisse en haut et en dehors, on la fléchit d'abord, et puis on la porte dans une adduction et une rotation en dedans aussi fortes que possible. Tant que les liens qui unissent le fémur au bassin sont conservés intacts, on éprouve la plus grande difficulté à produire la luxation ; mais, d'une part, si ces liens sont affaiblis, l'effort doit être moins grand, et de l'autre, si l'on a fait à la capsule une large ouverture, il suffit de porter en dedans la cuisse préalablement fléchie, pour qu'elle se luxe aussitôt ; et cependant, quelque grande que soit l'ouverture de la capsule, la luxation ne s'opère pas tant que la cuisse est étendue et qu'on la laisse dans la direction de l'axe du tronc.

Qu'on étudie, du reste, sur le cadavre, l'influence qu'exerce sur la tête du fémur le mouvement par lequel la cuisse fléchie est portée dans l'adduction et la rotation en dedans, et l'on verra que chacun de ces mouvements contribue si bien à faire sortir la tête du fémur de sa cavité que, du moment où ils s'exécutent sur le vivant, la luxation doit se produire, si la partie externe de la cavité cotyloïde et de la capsule sont largement ulcérées.

Quand on sait ainsi que l'adduction, la flexion et la rotation en dedans de la cuisse sont la cause déterminante de la luxation sur l'os des îles, que ces positions sont celles qui produisent le raccourcissement apparent, et qu'elles persistent toujours plus ou moins après que la luxation est produite, on comprend pourquoi, dans la luxation sur l'os des îles, le raccourcissement apparent coïncide toujours avec le raccourcissement réel.

Lorsque la luxation est effectuée, la cuisse ne reste jamais ni aussi fléchie, ni aussi portée en dedans qu'elle l'était au moment de la luxation ; elle se rapproche de la position étendue et de la direction de l'axe du tronc. Cependant, comme sa position est semblable (sauf les cas rares où il y a rotation en dehors) à celle qu'elle affecte dans le raccourcissement apparent, le diagnostic est difficile, à moins que la luxation ne se traduise par des symptômes caractéristiques ; tels sont l'élévation du grand trochanter au-dessus de l'épine iliaque, la possibilité de faire monter et descendre le fémur, bien que le bassin soit fixé, et, suivant quelques auteurs dont je n'ai pas vérifié l'assertion, la saillie de la tête du fémur en arrière de la fesse.

Mais à part ces cas évidents, qui sont rares, rien de plus difficile que de dire si un raccourcissement dépend uniquement de la position du malade, ou s'il dépend, en partie du moins, de la luxation sur l'os des îles. Comme je l'ai dit plus haut, on ne peut sortir de cette difficulté avec quelque certitude qu'en faisant étendre la cuisse malade sur le bassin et la ramenant dans la direction du tronc. Lorsque l'on a opéré ce redressement, s'il n'y a point de luxation, la différence de longueur entre les deux membres disparaît ou reste égale à la différence de hauteur des deux épines ; si, au contraire, le raccourcissement est de deux ou trois centimètres plus grand que ne peut le produire l'élévation de l'épine iliaque du côté le plus court, sans aucun doute il y a luxation sur l'os des îles.

C'est à l'aide de ce redressement que je suis parvenu à reconnaître que la tête du fémur n'avait pas abandonné sa cavité, dans des maladies de la hanche où l'étendue du raccourcissement, la saillie et l'élévation du grand trochanter, etc., avaient fait croire à une luxation ; c'est aussi à l'aide de ce redressement, suivi de la persistance des signes de la luxation, que j'ai réussi, dans des cas douteux, à démontrer l'existence de celle-ci d'une manière incontestable.

En général, la difficulté du diagnostic des luxations spontanées est si grande, tant que le redressement n'a pas été opéré, que j'ai été conduit à me demander si les observations jusqu'ici publiées de réductions de luxations spontanées n'étaient pas, en définitive, de simples redressements.

Pour éclairer ces doutes, j'ai lu avec attention toutes les observations citées dans l'ouvrage trop peu connu de MM. Humbert de Morley et Jacquier. Je n'y ai

pas trouvé, je l'avoue, la confirmation de mes doutes ; car on y trouve signalés des phénomènes qui, s'ils sont bien observés, ne laissent aucun doute sur l'existence de la luxation, tels que la mobilité de la cuisse de haut en bas, la saillie de la tête du fémur en arrière de la fesse. J'ai remarqué seulement que MM. Humbert et Jacquier, comme tous les auteurs qui les ont précédés et suivis, ne tenaient aucun compte de la position du malade et des erreurs auxquelles cette position peut donner naissance. La lacune qu'ils ont laissée me conduit à appeler une révision très attentive de toutes les observations jusqu'ici publiées de luxations spontanées guéries ou non guéries, et qui, au point où en est la science, sont trop incomplètes pour que les conclusions qu'on en peut tirer n'inspirent pas quelques doutes.

Des rapports de succession de l'allongement et du raccourcissement dans les maladies de la hanche. — Chacun sait qu'il est des affections graves de la hanche dans lesquelles il n'y a ni allongement, ni raccourcissement du membre malade. Sabatier, Boyer, M. A. Bérard ont cité des cas de ce genre; deux fois j'ai constaté moi-même l'égalité de longueur entre les deux cuisses, dans des lésions de l'articulation coxo-fémorale ; dans ces deux cas, les malades restaient habituellement couchés sur le dos, et l'articulation était le siége d'abcès froids qui s'étaient fait jour au dehors.

L'on voit aussi que, dans les cas assez nombreux de coxalgie où il se manifeste une inégalité de longueur entre les deux cuisses, le raccourcissement peut se produire sans avoir été précédé d'aucun allongement ; mais ces cas ne sont pas ceux dont je veux m'occuper spécialement dans ce chapitre.

Mon but est de parler des maladies de la hanche dans lesquelles on observe l'allongement dans une première période, le raccourcissement dans une période plus avancée.

Les auteurs ont cité trop d'exemples de cette succession de l'allongement et du raccourcissement, pour que l'on puisse douter de sa réalité ; mais ce qui doit être mis incontestablement en discussion, c'est la manière dont ils ont rendu compte de ces faits et l'interprétation qu'ils en ont donnée.

Si les opinions qui font la base de ce mémoire sont justes, l'allongement se produit seulement lorsque la cuisse est dans l'abduction et que le décubitus a lieu sur le côté malade ; le raccourcissement, au contraire, ne s'observe que quand la cuisse est dans l'adduction et que le malade se couche sur le côté sain. Dès lors, si, dans une affection de la hanche, le raccourcissement succède à l'allongement, l'adduction de la cuisse a dû succéder à son abduction, le décubitus sur le côté malade au décubitus sur le côté sain. Tous ces détails sur la position du membre manquant dans les auteurs, leurs observations sont trop incomplètes pour avoir d'autre valeur que l'expression d'un fait, et ne préjugent rien sur le mode suivant lequel ce fait s'est accompli.

Pour moi, n'ayant jamais eu l'occasion de voir sur un même malade l'allongement d'abord, le raccourcissement ensuite, je ne puis assurer que, lorsque le second de ces états succède au premier, le malade qui était couché sur le côté sain se couche sur le côté opposé, et que la cuisse qui était en dehors se porte en dedans ; mais je présume qu'il en est ainsi ; car si les choses ne se passaient pas de la sorte, les principes que je m'applique à faire prévaloir sur la question de l'allongement et du raccourcissement ne seraient point fondés.

Pour le moment, je me borne à présenter les changements de position du tronc et de la cuisse dans la succession du raccourcissement à l'allongement, comme une conséquence nécessaire de mes idées, et je recommande l'étude de ces changements à l'attention des observateurs.

Si les faits se passent comme je l'annonce *à priori*, mes théories seront confirmées. Si ces faits, au contraire, ne sont pas conformes à mes prévisions, les idées

que je défends dans ce mémoire, et que j'oppose aux idées qui ont cours dans la science, deviendront elles-mêmes un sujet de doute et devront être soumises à un nouvel examen.

Note sur le tamponnement à queue de cerf-volant, de M. Bretonneau.

Tous les chirurgiens qui cherchent à se tenir au courant de l'art ont eu de fréquentes occasions de se convaincre que ni les livres ni les journaux ne suffisent à ceux qui vivent loin des grands centres scientifiques ; et qu'un voyage à Paris, par exemple, leur fait faire une abondante moisson d'idées qu'ils n'auraient pu récolter nulle autre part. Cela tient sans doute, au moins en partie, à la constitution de la plupart des journaux, rédigés par des hommes très habiles, mais peut-être trop en dehors des écoles et des hôpitaux pour être suffisamment renseignés de ce qui s'y passe. Nous nous attacherons, autant que possible, à informer nos lecteurs de ces notions souvent fort importantes, qui courent le monde sans qu'on puisse souvent remonter à leur véritable origine, jusqu'à ce que quelque auteur bien avisé s'en empare et s'arroge, en l'absence de toute réclamation, les faciles honneurs d'une douteuse paternité.

Dans un acte récent de la Faculté de médecine, M. Trousseau demandait à un élève la description du tamponnement *en queue de cerf-volant* de M. Bretonneau. L'élève demeura court, comme on pouvait s'y attendre ; et plus d'un juge témoignait autant d'incertitude et de curiosité que lui. Voici en quoi consiste ce tamponnement, qui est véritablement très-ingénieux et très-simple; et qui, une fois bien compris, devra à son nom si pittoresque de ne jamais s'échapper de la mémoire.

On sait que pour tamponner une plaie ou une cavité, tantôt on se sert de bourdonnets de charpie enfoncés à nu; plus souvent on introduit au préalable une chemise que l'on bourre ensuite avec de la charpie. Dans l'un et l'autre cas, il est quelquefois difficile de retirer les bourdonnets quand le tamponnement n'est plus nécessaire; et si l'on a tassé et retassé de la charpie, les liquides qui l'ont pénétrée en ont fait une masse dont l'extraction est pénible et laborieuse. A plus forte raison n'oserait-on se servir du coton qui se tasserait bien davantage ; et toutefois si la charpie est commune dans les hôpitaux, le coton est véritablement bien plus facile à se procurer dans la pratique des villes et des campagnes. Or, c'est au coton que M. Bretonneau a recours; avec ou sans chemise, du coton et un long brin de fil font toute l'affaire.

Il prend donc une pincée de coton aussi mince ou aussi épaisse qu'il juge convenable, et la lie par le milieu à l'un des bouts de son brin de fil. A quelques centimètres de distance, nouvelle pincée de coton, nouveau nœud ; et ainsi de suite jusqu'à ce que le fil soit épuisé, mais surtout jusqu'à ce qu'on ait employé assez de coton pour remplir la plaie ou la cavité à tamponner. Le fil armé de ses flocons successifs de coton ne ressemble pas mal à une queue de cerf-volant, et a pris son nom de cette ressemblance.

L'appareil ainsi préparé, à l'aide des doigts ou d'une pince à pansement, vous portez l'un des bouts du fil avec le premier flocon au fond du vagin par exemple. Puis le deuxième flocon, puis le troisième, et ainsi de suite. Vous pressez, vous entassez coton sur coton, jusqu'à ce que la cavité soit remplie; et vous laissez pendre l'autre bout du fil en dehors. Jusque là, vous n'éprouvez pas bien encore les avantages du nouveau procédé; mais l'hémorrhagie, je suppose, est arrêtée; il faut vider le vagin; alors, sans aucun instrument, en pinçant le bout de fil avec les doigts, vous tirez à vous et vous ramenez successivement chaque flocon de

coton ; la queue du cerf-volant se dévide en quelque sorte avec une merveilleuse régularité.

Voilà un procédé très-simple, très-modeste, dont l'auteur n'a jamais parlé qu'à ses élèves, et qu'il sera sans doute bien surpris de voir reproduire. Mais il introduit véritablement dans la pratique une facilité notable, soit pour le choix de la matière, soit pour la façon de l'employer ; et à ce double titre il nous a paru mériter d'être signalé.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'OESOPHAGE, *par le professeur Switzer.* — Les rétrécissements de l'œsophage sont heureusement fort rares ; mais cette rareté même est cause que leur traitement est fort peu avancé, et que le chirurgien se trouve surpris et désarmé devant les cas de ce genre. C'est pourquoi on lira avec intérêt les recherches suivantes d'un habile professeur danois.

M. Switzer, de Copenhague, a eu l'occasion d'observer successivement trois cas de rétrécissement de l'œsophage. Dans deux cas, le rétrécissement parut provenir de la formation d'un pli, d'une sorte de valvule de la muqueuse œsophagienne, pli qui était devenu de plus en plus dur ; dans le troisième cas, toutes les membranes de l'œsophage étaient malades et avaient déterminé le rétrécissement. De ces trois malades, deux étaient des hommes, et le troisième une femme. Ni l'un ni l'autre ne put préciser de cause particulière de sa maladie. Ils avaient tous trois joui d'une très bonne santé, jusqu'à ce que la déglutition d'aliments solides commença à devenir pénible et difficile. M. Switzer regarde comme le meilleur moyen de traitement de cette maladie l'emploi d'un dilatateur qui peut agir longtemps sur la partie rétrécie sans déterminer de chatouillement, de douleurs, ni de vomissements. Le moyen qu'il préconise réunit, suivant lui, toutes ces conditions.

Jameson avait proposé, comme agent dilatateur, une bille ovale assez allongée, faite en ivoire, et maintenue sur une tige mince en baleine. Cette bille est perforée dans toute sa longueur par un canal auquel on donne une direction oblique. Cette bille doit être portée dans le rétrécissement. Pour cela, on introduit préalablement une sonde en acier flexible d'une demi-ligne de diamètre, munie d'un renflement à son extrémité. Cette sonde, qui sera reçue dans le trou creusé dans la bille d'ivoire, servira à la guider jusque dans le rétrécissement, où une légère pression exercée sur la tige en baleine suffira pour l'assujettir. La sonde d'acier et la bille devront rester en place aussi longtemps que le malade pourra les supporter ; et l'on pourra successivement augmenter le volume des billes d'ivoire.

M. Switzer paraît avoir modifié avantageusement ce procédé. Il se sert de billes en corne, plus allongées que celles de Jameson. Chaque bille est également perforée de part en part, dans le sens de sa longueur, d'un trou d'une ligne de diamètre et situé exactement au milieu. A côté de l'extrémité de ce canal, qui doit regarder en haut vers la bouche, est creusé un petit enfoncement profond de cinq lignes et large de deux. Le canal de la bille doit donner passage à un cordon de soie arrondi, et offrant un double nœud à son extrémité inférieure. Pour introduire la bille dans le rétrécissement, M. Switzer se sert d'une tige de baleine longue, plus épaisse en haut qu'en bas, où elle n'a qu'une ligne et demie de diamètre, c'est-à-dire plus petite que le creux qui existe près de l'extrémité supérieure du canal de la bille. Les billes elles-mêmes ont différents volumes ; habituellement d'un pouce un quart à un pouce trois quarts de long, sur quatre à dix lignes de diamètre transverse. L'introduction des billes a lieu de la manière suivante : la petite corde de soie à laquelle est suspendue la bille de corne est tenue dans la main gauche. L'extrémité rétrécie de la tige en baleine est introduite dans le creux que présente la bille, et y est fixée par un ou deux tours de la corde qu'on enroule autour de cette tige. L'instrument ainsi apprêté est saisi de la main droite ; l'indicateur gauche abaisse la langue sur laquelle on fait glisser la tige armée, jusqu'à ce que la bille soit arrivée au rétrécissement. Une légère pression exercée sur la tige suffit pour faire pénétrer la bille. Alors la corde enroulée autour de la tige est déroulée, celle-ci est retirée, et la bille doit rester maintenue par elle-même. Dès ses premières tentatives, M. Switzer reconnut que la bille pouvait à peine rester quelques minutes dans le rétrécissement ; les mouvements de l'œsophage et les efforts de vomissement ne tardaient pas à la déplacer. Il crut devoir attribuer cette mobilité à sa forme arrondie,

et pour cela il fit creuser sur le milieu un sillon circulaire; alors la bille fut facilement et heureusement maintenue en place. Cette méthode de traitement procura une amélioration très marquée dans les deux cas où le rétrécissement semblait valvulaire. La forme de la bille avec sillon circulaire ne put être appliquée au rétrécissement par maladie de toutes les membranes. Dans ce cas, M. Switzer lui fit donner la forme d'un cône ovale, dont l'extrémité allongée était tournée en bas. Ici en effet la maladie des membranes rendant les mouvements moins marqués, il ne pouvait y avoir déplacement de la bille. Il résulta également de l'amélioration de ce mode de traitement.

(*Hoser's Repertorium, Jena*, vol. 4, nº 1.)

Amputation de la verge; *réunion immédiate;* par M. Ricord.—Lorsqu'après l'amputation de la verge on laisse la cicatrice se faire de toutes pièces, il est à craindre que la rétraction du tissu inodulaire ne rétrécisse le méat urinaire. Nous n'avons pas encore vu cet accident, mais il paraît qu'il a été constaté deux fois à l'hôpital des Vénériens. Le rédacteur de l'article que nous analysons ne parle pas même seulement de rétrécissement, mais bien d'*oblitération* du méat, ce qui est plus difficile à croire; et ce ne serait pas trop, pour mériter sur ce point toute croyance, de rapporter avec détail ces deux curieuses observations.

Quoi qu'il en soit, M. Ricord a voulu se mettre à l'abri de tout inconvénient de ce genre; et il a réuni la muqueuse urétrale à la peau par deux points de suture, appliquant ainsi à la verge le procédé de Dieffenbach pour la restauration de la lèvre. Voici l'observation.

Un charpentier, âgé de 32 ans, entra à l'hôpital du Midi le 20 décembre 1842, pour une affection de la verge limitée à la région du gland. Là commençait une tumeur dure, irrégulièrement sphérique, mamelonnée, à aspect mural; le volume naturel du gland était plus que doublé, ainsi que son poids; plusieurs orifices conduisant dans l'urètre, le malade urinait en arrosoir, non sans une douleur très vive. Dans le repos le plus absolu, les élancements se faisaient sentir dans la tumeur; elle sécrétait un liquide séro-purulent d'une odeur repoussante et qui se concrétait en croûtes brunâtres. — « A la surface, ajoute-t-on, *les croûtes, examinées au microscope par M. Gruby, lui ont fourni les caractères du suc cancéreux.* »

Nous sommes obligés de nous arrêter un moment ici, pour confesser à la fois et notre étonnement et notre ignorance. Quoi! M. Gruby a trouvé par le microscope le moyen de reconnaître *les caractères du suc cancéreux*, et ce nouveau moyen de diagnostic, cette précieuse découverte nous est ainsi annoncée en passant, comme au hasard, comme la chose du monde la plus simple et la plus naturelle! Si M. Gruby croit lui-même à sa découverte, il est assurément fort modeste de s'en taire; et il rendra à la chirurgie un éminent service en la rendant publique; mais, d'un autre côté, s'il n'en est pas sûr, il y a quelque témérité à apporter dans une clinique un diagnostic aussi absolu.

Il ne paraît pas du reste que M. Ricord ait ajouté grande foi, pour son propre compte, à ce diagnostic microscopique; car à peine M. Gruby se fut-il prononcé pour le cancer, que le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique. Il est vrai de dire que ce traitement échoua en plein, et que la dissection de la tumeur après son ablation la montra en partie composée de tissu squirrheux lardacé. M. Gruby aurait-il rencontré juste par hasard, ou par une induction légitime? C'est ce qu'il ne sera permis de dire que quand il aura publié ses recherches à ce sujet.

Pour revenir à notre malade, le 20 janvier M. Ricord pratiqua l'amputation de la verge par la méthode ordinaire, à deux centimètres en arrière de la couronne du gland; et arrêta l'hémorrhagie à l'aide de deux ligatures.— « Alors il divisa l'urètre en haut et en bas, dans une étendue d'un centimètre; et de chaque côté la muqueuse, disséquée de manière à la séparer du tissu cellulaire péri-urétral, fut réunie aux bords correspondants de la peau par deux points de suture entortillée, les épingles se trouvant placées aux angles des lambeaux. Enfin, au-dessus du méat urinaire ainsi rétabli, la peau fut ramenée sur les corps caverneux, et maintenue par deux points de suture entortillée. Un seul point suffit pour réunir les lèvres cutanées de l'incision au-dessous du canal.

« Le malade alors transporté dans son lit, on se contenta, pour tout pansement, d'appliquer une compresse imbibée d'eau froide. Quatre jours après l'opération, les sutures avaient fait obtenir une réunion parfaite, et l'on put enlever les épingles. Les applications froides continuées jusqu'au 4e jour furent remplacées par des pansements au cérat. Enfin deux cautérisations avec le nitrate d'argent furent pratiquées, pour réprimer quelques bourgeons charnus développés dans une très petite étendue au sommet des angles supérieur et inférieur de la division du canal.

« La guérison était complète le 12e jour après l'opération; cependant le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 7 février. Alors on a pu se convaincre de l'établissement parfait d'un méat urinaire artificiel. Du reste, dans les points réunis par la suture, on remarque des cicatrices linéaires dont la solidité a déjà

plusieurs fois été mise à l'épreuve par des érections assez fréquentes. »

(*Gazette des hôpitaux*, 25 février.)

Nouveau traitement de l'hydrocèle, par M. Baudens. — Nous ne manquons pas assurément de méthodes et de procédés pour la cure de l'hydrocèle; et, en définitive, les injections de vin ou d'iode répondent assez bien aux exigences de la théorie en même temps qu'aux besoins de l'art. M. Baudens toutefois est fort loin d'en juger ainsi; selon lui, la méthode des injections est empirique, aveugle, expose à des récidives et à des accidents graves; le trocart est un instrument brutal et dangereux; et il est arrivé à M. Baudens lui-même de le plonger dans le testicule, croyant pénétrer seulement dans la tunique vaginale. En vertu de toutes ces raisons, M. Baudens proscrit l'instrument et la méthode tout à la fois. Voyons donc ce qu'il propose de mettre à la place.

Il a d'abord substitué au trocart une aiguille à acupuncture, terminée par un fer de lance, et sur laquelle glisse une canule métallique en argent, percée d'une ouverture latérale à sa partie moyenne. On introduit cet instrument doucement dans la tunique vaginale, soit en haut, soit en bas; on lui en fait parcourir la cavité dans son plus grand diamètre, et on le fait ressortir de manière à embrocher le scrotum à la manière d'un séton; alors on retire l'aiguille; le liquide, trouvant une issue par le trou dont la canule est percée à son centre, s'échappe par les deux bouts de cette canule. On la laisse en place, en l'assujétissant à l'aide d'un fil de coton en forme de 8 de chiffre, et l'on observe ce qui va se passer.

Pendant les premières 36 heures, le liquide s'écoule, goutte à goutte, à mesure qu'il est sécrété. Plus tard la fistule artificielle se tarit, et il survient une tuméfaction qui se développe graduellement sous l'influence de la canule, *qui agit comme un séton* en même temps qu'elle donne issue au liquide à la manière d'une fistule. Quand, après cinq, dix ou quinze jours, cette tuméfaction paraît profonde et suffisante pour amener la cure de l'hydrocèle, on retire la canule. Les deux petites plaies suppurent comme deux petits cautères fistuleux pendant quelques jours, puis elles se ferment avec des adhérences profondes sur le testicule.

Mais *assez souvent* la présence de la sonde est insuffisante; ce dont on est averti parce que *la tuméfaction s'opère dans le tissu cellulaire du dartos et non entre les feuillets de la tunique vaginale.* Il faut alors aider au développement de l'irritation en insufflant, le deuxième ou troisième jour après l'opération, de l'air dans la tunique vaginale à l'aide de la canule; et pour empêcher l'air de s'échapper, on doit fermer la canule avec une tige pleine. Le lendemain et les jours suivants, on pousse de nouveau de l'air, si le degré d'irritation n'est pas suffisant; et enfin, si l'air restait sans effet, ce qui arrive fort rarement, on injecterait par le même moyen une demi-cuillerée de vin.

« Sur un nombre de quatre-vingts malades que j'ai guéris par ma méthode, dit M. Baudens, il ne m'est arrivé qu'une fois sur cinq de recourir à ce dernier expédient. »

Suivent quatre observations dans lesquelles la guérison a eu lieu du douzième au trente-quatrième jour; mais le traitement n'est pas tout-à-fait aussi simple que l'exposé précédent l'aurait fait croire. Ainsi, sur le premier sujet, du premier au septième jour, frictions avec un liniment camphré; du huitième au douzième, frictions avec la pommade d'iodure de plomb; le quatrième jour on avait eu recours à l'injection vineuse. Chez le quatrième il fallut faire, le cinquième jour, une injection vineuse; puis encore, du douzième au dix-septième jour, cinq injections consécutives avec l'eau chlorurée et le vin aromatique; et les frictions et les pommades et les topiques semblent de règle dans tous les cas.

Tel est le résumé d'une leçon clinique recueillie au Val-de-Grâce par un des élèves de M. Baudens; et, en conséquence, nous n'oserions faire porter sur le professeur même la responsabilité de certaines assertions plus que hasardées qui se rencontrent dans ce compte-rendu, et qui ne sauraient venir d'un aussi éminent chirurgien. Il ne nous paraît pas possible que M. Baudens accuse si résolument d'empirisme la méthode jusqu'à présent la mieux raisonnée; qu'il donne comme nouvelle la reproduction de la méthode du séton, si justement rejetée pour son infidélité et ses dangers; et tout ce que nous voulons lui attribuer, c'est la loyauté avec laquelle il reconnaît que dans seize cas déjà il a été obligé de renoncer à son procédé pour revenir aux injections vineuses ou autres, comme la quatrième observation en offre un exemple. Sans doute aussi, si lui-même avait tenu la plume, il nous aurait dit quelques mots des récidives et des accidents que peut entraîner son procédé. Nous trouvons d'ailleurs dans un journal de province précisément de quoi remplir cette lacune.

M. Guépratte, chirurgien-major de la marine, s'est laissé séduire par les succès trop tôt proclamés de cette périlleuse rénovation; il a même assez bien réussi dans un premier essai, sur un jeune novice qui fut guéri en 16 jours; mais deux autres tentatives furent beaucoup moins heureuses. Dans l'un de ces deux cas, l'hydrocèle reparut au bout de trois mois aussi volumineux qu'auparavant; l'autre

cas mérite d'être reproduit avec quelques détails.

Il s'agissait d'un apprenti marin affecté d'un hydrocèle volumineux du côté droit, survenu à la suite du choc d'une poulie contre le scrotum ; le sujet était dans l'état de santé le plus florissant.

« Je pratiquai l'opération, dit M. Guépratte, par un temps sec et doux. La transparence de la tumeur était parfaite; la position du testicule en arrière, en dedans et en bas, ne pouvait échapper à l'œil le plus exercé; j'enfonçai l'épingle trois quarts le plus inférieurement possible, et obliquement en haut et en dehors. Le premier jour, bien-être général; le blessé prend une soupe légère. Le lendemain, après une nuit de rêvasseries, des frissons se manifestent, une fièvre intense se développe, une inflammation vive s'empare des bourses et met dans l'obligation de retirer au plus tôt la canule. Une saignée générale, des applications de sangsues, des bains tièdes, rien ne put l'arrêter; elle augmenta au point de faire craindre une gangrène du scrotum. Enfin la tunique vaginale devint le siége d'un abcès qui se vida par les deux ouvertures fistuleuses qu'avait laissées l'opération. Ce jeune homme courut des dangers réels, et il n'obtint sa guérison qu'après cinquante jours d'hôpital. »

Un autre chirurgien-major de marine, M. le docteur Potet, a fait aussi deux fois cette opération : la première avec un succès admirable, la deuxième, selon M. Guépratte, avec *un insuccès complet, aussi effrayant* que celui dont nous venons de rendre compte.

M. Guépratte termine son compte-rendu par les réflexions suivantes, qui nous ont paru bonnes à reproduire :

« Les praticiens ne sauraient mettre trop de sincérité dans leurs écrits ; ils ne devraient jamais signaler les avantages d'un traitement sans mettre en regard les désavantages, quels qu'ils soient. Oublier ces derniers, c'est desservir la science, c'est manquer au devoir le plus sacré, trahir l'humanité qui réclame d'eux protection et secours. »

(*Gazette des Hôpitaux,* 11 et 16 février 1843. — *Gazette médic. de Montpellier,* 1er mars 1843).

Obstétrique.

Rupture de l'utérus *pendant le travail de l'accouchement. Opium à haute dose. Guérison.* — Il n'est pas d'accident de la parturition plus redoutable que les ruptures de l'utérus, et pourtant la mort n'en est pas toujours la conséquence. Les annales de la science renferment déjà bon nombre d'exemples de guérisons, sans doute favorisées par l'art, mais surtout opérées par la nature, en voici un nouveau que nous enregistrons d'autant plus volontiers, qu'il nous donnera occasion d'ajouter quelques remarques utiles.

L'observation est rapportée par le docteur Mitchell dans le numéro de janvier dernier du *Dublin journal of medical sciences :*

« B. R., âgée de 38 ans, mère de six enfants vivants, fut reçue, le 18 septembre 1842, à neuf heures du soir. Vers le sixième mois de sa grossesse, elle avait ressenti une très vive douleur à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, et deux fois, à 15 jours d'intervalle, elle avait eu un écoulement fétide par le vagin. A son entrée, l'orifice était dilaté d'un pouce environ; le sommet se présentait en position occipito-postérieure. A trois heures du matin, les douleurs, vives et rapprochées, avaient grandement dilaté l'orifice dont la circonférence égalait celle d'une tasse à thé. Il y avait alors beaucoup d'agitation et de malaise qui, à sept heures du matin, furent tout à coup remplacés par une prostration considérable. Bientôt des vomissements muqueux et bilieux se déclarèrent, le pouls radial devint presque insensible, les extrémités froides, les yeux abattus et vitreux. Un grand verre de punch chaud fut administré par petites doses; puis, de l'avis et avec le secours du docteur Beatty, on procéda à l'application du forceps; mais la tête n'ayant pu être convenablement saisie ni retenue, la perforation fut décidée, pratiquée, et la tête extraite sans beaucoup de difficulté. Après l'extraction du placenta, on reconnut une déchirure à l'union de la partie antérieure du col avec l'orifice. L'utérus se rétracta fortement, et aucune anse intestinale ne s'échappa à travers la déchirure. »

La faiblesse extrême du pouls, la douleur de l'abdomen, la tympanite, la rétention d'urine furent les premiers symptômes marquants qui suivirent. L'opium à doses élevées et rapprochées, par la bouche et en lavements, puis le calomel uni à l'opium, furent les premiers moyens employés. Après l'effet purgatif, une diarrhée opiniâtre se déclara et résista pendant quinze jours malgré l'opium continué à fortes doses. Trois circonstances sont encore à noter dans cette histoire : 1° le sixième jour, un gonflement inflammatoire du côté droit du col, qui céda à l'emploi des cataplasmes ; 2° le quinzième jour, l'écoulement par le vagin de deux pintes d'un liquide muco-purulent très fétide, qui se renouvela très abondant encore le jour suivant, et continua pendant quelque temps en diminuant de quantité; 3° vers le vingt-troisième jour, du fris-

son, du malaise, de l'agitation, puis de la prostration avec vomissements et petitesse du pouls, symptômes graves qui se dissipèrent pourtant promptement. Rien n'entrava ensuite la convalescence, et l'état de cette femme était très satisfaisant lorsque, le trente-unième jour, elle quitta la maison. Elle avait pris pendant les quinze premiers jours 55 grains d'opium solide et plus de 400 gouttes de laudanum. C'est à ces hautes doses que l'auteur attribue le relâchement de l'utérus qui succéda à la rétraction énergique qui avait suivi l'accouchement. Il fut tel, dit-il, que l'organe reprit le volume qu'il avait dans l'état de grossesse.

Je n'ai omis, dans cet extrait, aucune des circonstances importantes signalées par l'auteur. Qu'on ne m'accuse donc pas des lacunes qu'on remarquera dans cette observation. Quelle était l'étendue de la déchirure? Quelle était sa direction? verticale ou transversale? à quelle profondeur pénétrait-elle? le péritoine était-il ou non resté intact? à quelle hauteur était la tête quand l'application du forceps fut tentée? l'enfant était-il vivant ou mort? On a lieu de croire, en raison du glissement du forceps, que la tête était haute et n'avait pas franchi l'orifice. S'il en était ainsi, et si l'enfant vivait, pourquoi n'avoir pas tenté la version? La tête n'ayant pas traversé l'orifice au moment où les accidents annonçant la rupture ont éclaté, il est à présumer que la solution de continuité était transversale. Les déchirures verticales du col s'opèrent en effet sous l'effort excentrique de la tête au moment où elle franchit. La direction transversale de la solution de continuité, si telle elle était en effet, me semble devoir permettre une tentative de version, et on aurait lieu de s'étonner qu'on n'eût point délivré la femme de cette manière, si on ne savait le peu d'hésitation des accoucheurs anglais à sacrifier l'enfant. La perforation convenait au contraire parfaitement si l'enfant avait cessé de vivre, d'autant plus que le volume exagéré de la tête (circonstance importante dont Mitchell ne fait aucune mention) avait peut-être été, chez une femme déjà mère de six enfants, sinon l'unique cause, au moins une des principales causes de l'accident. J'admettrai volontiers avec l'auteur que la douleur éprouvée par la femme pendant sa grossesse peut faire soupçonner une altération préexistante du tissu utérin, prédisposition absolument nécessaire, suivant quelques auteurs, à la production de toute rupture de l'utérus.

A quoi devons-nous attribuer la guérison de cette femme? Mitchell n'hésite pas à en faire honneur à l'opium à haute dose. Nous constâterons au moins l'innocuité du médicament qui n'a pas déterminé de narcotisme, et nous signalerons en même temps son impuissance contre la diarrhée. Ne se serait-il dépouillé de ses vertus narcotique et astringente que pour revêtir une vertu médicatrice spéciale? Si cela est, Mitchell ne nous a rien révélé sur ce mode d'action si nouveau. Qu'à la suite d'une perforation de l'intestin dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, l'opium à haute dose, en paralysant le canal, prévienne l'expulsion des matières à travers la solution de continuité, je le conçois fort bien, et je trouverai là une raison ou au moins une excuse à l'administration de fortes doses du médicament. Mais y a-t-il ici, comme le croit l'auteur, similitude ou seulement analogie? Je n'en vois que dans le relâchement des deux organes déchirés. Quel bien peut-on attendre du relâchement de l'utérus après une rupture de cet organe? Si le péritoine est resté intact (et l'on conçoit qu'il en avait pu être ainsi dans le cas de Mitchell), le défaut de rétractilité ne laissera-t-il pas l'ouverture béante, et les vaisseaux, plus largement ouverts au niveau de la déchirure, ne verseront-ils pas une plus grande quantité de sang? L'accumulation trop considérable de ce liquide dans le foyer ne pourra-t-elle pas produire quelque déchirure fatale de la seule barrière qui s'oppose à l'épanchement dans la cavité péritonéale elle-même? Si l'opium n'agissait qu'après l'occlusion des vaisseaux par des caillots protecteurs, s'il avait pour résultat, en entretenant à la fois la dilatation de l'ouverture accidentelle et celle de l'orifice utérin, de laisser aux liquides épanchés sous le péritoine une issue facile par le vagin, je comprendrais le but qu'on se propose par son administration. En tous cas, on s'étonnerait qu'ici ce n'ait été qu'au bout de quinze jours que des écoulements muco-purulents, provenant sans doute du foyer et résultant de l'inflammation qui s'y était développée, se soient fait jour à l'extérieur et qu'ils aient fait en quelque sorte irruption tout à coup. Dans le cas de ruptures qui intéressent le péritoine en même temps que les autres couches de l'utérus, quels peuvent être les avantages du relâchement produit par l'opium? Les inconvénients ne sont-ils pas évidents? L'inflammation du péritoine n'est-elle pas l'accident consécutif le plus à craindre, et entretenir, par le relâchement de l'utérus, la solution de continuité large et béante, n'est-ce pas favoriser l'épanchement si propre à développer cette inflammation? Cherchons donc ailleurs que dans l'effet produit sur la rétractilité de l'organe les bons résultats de l'administration de l'opium à hautes doses. Ce médicament a été administré dans nos hôpitaux, à des doses aussi considérables, par M. Malgaigne, dans des cas de plaies étendues et à la suite de graves observations chirurgicales; et M. Malgaigne le re-

garde comme un moyen précieux pour empêcher l'inflammation de se développer. Aurait-il agit de cette manière dans l'observation de Mitchell? Ou bien, après avoir conjuré l'un de ces premiers accidents, à lui seul si souvent fatal, le trouble nerveux, place-t-il les femmes dans des conditions assez favorables pour que la nature suffise à l'œuvre qu'elle n'eût pu accomplir sans ce secours préalable? En tous cas, l'exemple du docteur Mitchell doit encourager à ne pas rester inactif dans ces circonstances graves, mais non tout-à-fait désespérées, où l'art se trouve peut-être plus compromis encore en s'abstenant qu'en agissant.

Hémorrhagie dépendant de l'implantation du placenta *sur l'orifice de la matrice.* — Mitchell rapporte (*l. c*) qu'il fut appelé auprès d'une femme perdant depuis le début du travail. L'hémorrhagie avait été déjà très considérable, et l'écoulement continuait à se reproduire à chaque douleur. Il trouva beaucoup de caillots dans le vagin, et une portion de placenta de deux pouces de circonférence saillante à travers l'orifice et paraissant détachée de la partie antérieure du col, sur laquelle se continuait le reste de la masse, sans empiéter du tout sur la partie postérieure. L'orifice était très rigide et dilaté de huit à dix lignes seulement; les douleurs étaient vives et rapprochées. Mitchell remarqua qu'à chaque douleur la tête était fortement poussée contre la portion de placenta détachée, et qu'à chaque douleur aussi l'hémorrhagie allait en diminuant. A un second examen, il fut évident que le placenta était fortement comprimé contre le pubis par la tête à mesure qu'elle descendait, et bientôt l'hémorrhagie cessa complétement. Les contractions, devenues beaucoup plus fortes, ne tardèrent pas à expulser l'enfant qui était mort. Le placenta suivit cinq minutes après. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et la femme se rétablit parfaitement, mais un peu lentement, à cause de la débilité produite par la perte considérable de sang qu'elle avait éprouvée.

Il manque à cette observation, dont j'ai donné toute la substance, un détail important que je m'étonne de ne point trouver dans la relation de Mitchell : il n'est fait aucune mention de la rupture des membranes. Dans ces hémorrhagies utérines graves que les accoucheurs anglais désignent sous le nom d'*inévitables*, et qui réclament si impérieusement les secours de l'art, la nature se suffit quelquefois à elle-même. C'est par la rupture spontanée des membranes et à l'aide de la rétraction de l'utérus qui en résulte, que l'hémorrhagie diminue et tend à s'arrêter d'elle-même. La compression exercée par la tête sur le placenta décollé, particulièrement, comme le remarque Mitchell, lorsqu'il est situé en avant, et par l'intermédiaire du placenta sur les vaisseaux utérins encore béants, n'est qu'un effet consécutif, mais qui complète le premier. L'observation que je viens de rapporter et dont l'auteur ne me paraît pas avoir fait ressortir toute la valeur, me semble essentiellement propre à démontrer les avantages d'une méthode justement vantée par Rigby, et dont personne en France n'a mieux démontré l'efficacité que M. le professeur P. Dubois : je veux parler de la rupture artificielle des membranes, de cette méthode à laquelle un célèbre accoucheur français du dernier siècle avait attaché son nom, que nos voisins d'outre-mer ont étendue, mais qui n'a nulle part été aussi largement et aussi habilement employée qu'à la Clinique d'accouchement. Ce que la nature a fait ici, l'art eût été appelé à le faire, si les membranes eussent été entières à l'arrivée de Mitchell. Le cas n'était-il pas en effet des plus favorables? La partie postérieure de l'orifice était libre, et de ce côté les membranes eussent été accessibles. La tête se présentait. Que pouvait-on désirer de plus? Toutes les conditions de succès réunies, le retrait facile à obtenir, la compression efficace qui devait suivre, ne pouvaient laisser incertain un praticien aussi habile que Mitchell. Le peu de dilatation et la rigidité de l'orifice au moment de la rupture des membranes n'ont pas nui, comme on le voit, au succès de la méthode, et c'est une remarque que je tiens à faire pour rassurer ceux que de semblables conditions pourraient arrêter. La vivacité et la fréquence des contractions utérines n'ont pas peu contribué à l'heureuse issue de ce cas. Dans des conditions moins favorables sous ce rapport, le seigle ergoté rend, comme on sait, d'éminents services.

Pharmacologie chirurgicale.

Sur l'emploi de la pommade au chloro-iodure de mercure, *et sur la nature et la préparation de ce produit.* — M. Récamier a eu la pensée d'employer une pommade obtenue en unissant l'iodure et le chlorure de mercure; il annonce avoir retiré les effets les plus avantageux de cette préparation pour résoudre les tumeurs du sein. Voici la formule qu'il adopte :

Chloro-iodure de mercure.. 10 centigram.
Axonge ou cérat sans eau.. 10 gram.
Mêler avec le plus grand soin.

On fait chaque jour une ou deux frictions avec un gramme de cette pommade.

Voici le procédé qui a été employé à la pharmacie de M. Caventou pour obtenir le chloro-iodure de mercure :

On prend : bi-iodure de mercure et bi-chlorure de mercure, de chaque parties égales ; on fait dissoudre le bi-chlorure de mercure dans suffisante quantité d'alcool à 40°. On ajoute alors le bi-iodure qui se dissout en partie dans l'alcool à l'aide du bi-chlorure ; on évapore le produit dans une capsule, et l'on obtient ainsi un résidu pulvérulent d'une couleur rouge. Quelle est la nature de ce produit ? Elle est évidemment complexe. J'ai fait dissoudre dans l'alcool bouillant les proportions indiquées de bi-chlorure et de bi-iodure de mercure, et j'ai obtenu, par le refroidissement et par évaporation spontanée d'une partie de l'alcool, deux produits distincts : 1° des cristaux jaunes, résultant de la combinaison de l'iodure de mercure avec le chlorure ; 2° des petits cristaux microscopiques de bi-iodure de mercure. Il est évident, d'après cela, que le sel employé par M. Récamier est un mélange de bi-chloro-iodure de mercure et de bi-iodure de mercure. Quoi qu'il en soit de sa constitution, ce sel est un des composés mercuriels des plus énergiques ; il est certainement plus actif que les deux composants pris isolément.

On connaît deux combinaisons définies de bi-chloro-iodure de mercure : l'une décrite par P. Boullay est jaune et contient 37,63 parties de chlorure et 62,37 d'iodure, lesquels renferment la même quantité de mercure ; l'autre, obtenue par J. Liebig, se présente sous forme de cristaux bleus dendritiques, dans lesquels l'iodure est combiné avec deux fois autant de chlorure que dans le précipité jaune.

Caoutchouc révulsif (*Kemmerer*). — On prend des bandes de caoutchouc de la longueur nécessaire ; avec l'extrémité d'un poinçon mousse on fait dans ces bandes des trous de la grosseur d'un pois, trous qui sont plus ou moins espacés, et dans lesquels sont placés de petits fragments de *pâte de Vienne*. Quand la bandelette est appliquée sur la peau, on l'y laisse dix minutes, une demi-heure, suivant l'effet qu'on veut obtenir.

Le caoutchouc révulsif a une action prompte, énergique, qu'on peut limiter à volonté. M. Kemmerer préfère ce moyen à l'huile de croton en frictions, ou à la pommade d'Autenrieth. Mais le caustique Filhos, dont l'emploi est très facile, peut certainement remplacer avec avantage le caoutchouc révulsif.

Papier dérivatif rhumatismal (*Berg*).

Euphorbe............. 30 gram.
Cantharides........... 15
Alcool................ 150

Faites digérer 8 jours, puis ajoutez :

Colophane............ 60 gram.
Térébenthine.......... 30

On enduit du papier fin avec trois couches de ce vernis.

Papier dérivatif (*Pirwitz*).

Poudre de cantharides.. 15 gram.
Résine de gaïac....... 100
Galbanum............. 100
Alcool................ 200

Faites digérer 8 jours, puis ajoutez :

Térébenthine de pin... 80 gram.
id. de mélèze. 30 »

F. s. a. Appliquer ce vernis sur du papier. Plusieurs couches de vernis sont nécessaires. Employé comme les emplâtres de poix de Bourgogne.

BULLETIN CLINIQUE.

Hypertrophie du cuir chevelu, *qui a rendu une opération nécessaire*, par le docteur Abel Robert, de Chaumont (Haute-Marne.)

Le cas suivant présente un exemple rare en pathologie, et peut-être unique en médecine opératoire.

Mlle Renaud, âgée de 18 ans, d'un tempérament sanguin, n'a eu d'autre affection qu'une maladie du cuir chevelu que ses parents désignent par le nom de feux. Cette affection, qui est survenue à l'âge de 14 ans, a duré six mois, et s'est guérie sans autre traitement que des soins de propreté. Elle laissa quelques parties de la tête, notamment le sommet, dégarnies de cheveux. Vers l'âge de 16 ans, la malade commença à s'apercevoir que le peigne était arrêté par un bourrelet charnu qui s'étendait d'un côté à l'autre de la tête ; ce bourrelet augmentant de jour en jour, elle fut obligée de faire couper ses cheveux, étant dans l'impossibilité de se peigner. C'est alors qu'elle me consulta. Je trouvai la tête dans l'état suivant : à partir d'une ligne circulaire qui commencerait à la suture fronto-pariétale, et se dirigerait de l'un et l'autre côté vers la bosse occipitale externe, en passant au-dessus des oreilles, le cuir chevelu est manifestement épaissi, charnu, mou ; le doigt y enfonce comme il le ferait à la cuisse ; il

est très mobile, de manière qu'on peut le prendre à pleine main. Cet épaississement va en augmentant jusqu'au sommet de la tête; dans cette partie, le cuir chevelu se détache complètement des os, et forme une coiffe froncée présentant des circonvolutions semblables à celles des petits intestins. Le fond des sillons qui séparent ces circonvolutions est plus mince, d'un blanc mat; il est entièrement dépourvu de cheveux, et rempli d'une manière sébacée d'une odeur nauséeuse.

Je proposai de retrancher une partie du cuir chevelu, on accepta avec joie, et le 1er octobre 1842, je procédai à l'opération. Le cuir chevelu étant rasé, je commençai l'incision à 3 centimètres environ au-dessus de l'apophyse mastoïde gauche; puis, dirigeant le bistouri d'arrière en avant, vers le sommet de la tête, je passai sur la bosse pariétale gauche; arrivé sur la suture sagittale, je dirigeai l'incision d'avant en arrière vers l'apophyse mastoïde droite, en passant sur la bosse pariétale du même côté. Parvenu à 3 centimètres de cette apophyse, et sans quitter le bistouri, je pratiquai une nouvelle incision qui venait aboutir au point de départ de la première, en passant sur l'angle supérieur de l'occipital. J'enlevai toute la portion comprise entre ces deux incisions. Il s'écoula une énorme quantité de sang; des lotions avec de l'eau froide, et le rapprochement des bords de la plaie suffirent pour faire cesser l'hémorrhagie; aucune ligature ne fut faite. Je réunis par quelques points de suture, et pansai avec des plumasseaux de charpie, séparés de la plaie par une compresse fenêtrée.

Le lambeau avait une longueur de 19 centimètres sur une largeur de 8 à 9 : dans sa plus grande épaisseur, qui est de 15 à 18 centimètres, il est charnu, mou, mais sans altération de texture. Dans la partie qui forme le fond des circonvolutions, il est dense et n'a qu'une épaisseur de 4 millimètres. Les cheveux sont rares, mais ne diffèrent en rien de ceux qui couvrent le reste de la tête.

Vingt-quatre heures après l'opération, il survint un mouvement fébrile violent, avec céphalalgie frontale insupportable, vomissements de matières bilieuses et sentiment de défaillance; une large saignée fut pratiquée; les accidents diminuèrent peu à peu d'intensité, et au bout de huit jours la plaie était entièrement cicatrisée.

Actuellement, le cuir chevelu présente encore plus d'épaisseur que dans l'état normal; mais il adhère partout aux os, et ne présente plus aucune espèce de saillie.

BIBLIOGRAPHIE.

Ueber die Wiedererzeugung der Krystallinse. — De la reproduction du cristallin *après l'opération de la cataracte*, par M. Textor, fils. *Diss. inaug.* — Würzburg, 1842. Il n'est fait aucune mention de la reproduction du cristallin après l'opération de la cataracte dans les anciens auteurs et jusqu'aux temps les plus modernes, puisque Scarpa lui-même l'ignorait, tout en établissant qu'après l'opération de la cataracte l'humeur vitrée prenait sa place. Le premier qui ait observé ce phénomène est Vrolik, qui vit à Amsterdam, en 1801, sur un homme de 81 ans qui avait été opéré de la cataracte 10 ans auparavant et qui avait conservé la vue, une véritable reproduction du cristallin sous la forme d'une masse assez informe, transparente, mais devenant opaque par l'action de l'alcool, et entièrement contenue dans la capsule cristalline. L'observation très précise de Vrolik demeura ignorée ou fut oubliée par les savants, car, jusqu'en 1825, il ne fut parlé ni de Vrolik ni du phénomène qu'il avait constaté. En 1825 vinrent les expériences très positives à l'égard de la reproduction du cristallin de MM. Leroy d'Etiolle et Cocteau. Depuis lors l'attention des ophthalmologistes fut dirigée vers ce phénomène; et en 1828, M. Sœmmerring fils publia une série d'observations qui mirent hors de doute la reproduction du cristallin après l'opération de la cataracte. Nous reviendrons tout à l'heure sur les particularités de cette reproduction, et nous les retrouverons dans les observations de M. Textor, qui sont toutes entourées d'un degré d'authenticité incontestable. Après Sœmmerring les observations abondent en Allemagne. Siebold, Radius, Mayer, Retzius, les hommes les plus distingués en ont publié des exemples. En France, on est resté depuis les expériences de MM. Leroy d'Etiolle et Cocteau parfaitement indifférent à ce fait. Il est vrai que, sous le rapport pratique, il n'est pas d'une importance absolue ; mais ce n'en est pas moins sous le rapport physiologique un fait aussi curieux qu'intéressant.

MM. Textor père et fils ont eu l'occasion d'observer sur 6 individus la reproduction du cristallin; et ce sont ces 6 individus qui forment la base du travail de M. Textor fils. Nous ne reproduirons que deux de ces observations qui donneront une idée suffisante du phénomène dont il est question.

1re observation.—Homme de 71 ans;—ca-

taracte-lenticulaire de l'œil droit survenue à la suite de douleurs vives de la tête;—cataracte commençante de l'œil gauche. Opération par kératonyxis le 22 mai 1828. — Après l'opération, douleurs vives dans l'œil opéré; iritis.—Oblitération de la pupille par de fausses membranes, et adhérences de l'iris avec la capsule. — Sorti le 3 juillet non guéri.— Le 1er juin 1829, cataracte lenticulaire de l'œil gauche, opérée le 11 par kératonyxis; et guérison le 1er octobre avec conservation de la vision. — Mort au dépôt de mendicité en 1836. — A l'autopsie, on trouva la pupille du côté droit obturée par les restes de la cataracte et des filaments pseudo-membraneux organisés. Dans l'œil gauche, où la vision s'était conservée jusqu'à la mort, on trouva au fond du corps vitré la cataracte autrefois abaissée et réduite au volume d'une grosse tête d'épingle de couleur brunâtre. — On ne put rien distinguer dans la cavité située derrière la pupille. Mais, après avoir laissé séjourner la cataracte pendant vingt-quatre heures dans l'alcool, on remarqua immédiatement derrière la pupille un véritable cristallin arrondi, d'apparence crayeuse comme le cristallin d'un poisson. Le corps vitré était transparent et à l'état normal. La capsule était transparente et sans trace d'ouverture, seulement elle communiquait avec la cornée, au point où avait eu lieu la kératonyxis, par un filament celluleux transparent que l'alcool avait rendu opaque.

Cet œil fut présenté par M. Textor père au congrès d'Iéna en 1836, et examiné par Walther Carus et Radius.

IIe OBSERVATION. — Femme de 77 ans. Cataracte lenticulaire de l'œil gauche, opérée par kératonyxis le 19 mai 1841. — Guérison et retour de la vision qui persista jusqu'en décembre 1841, où la malade mourut. A l'autopsie, on trouva dans l'œil gauche un corps vitré parfaitement régulier, une capsule transparente, et dans son intérieur une petite masse boursouflée, arrondie, assez régulière, qui devenait rapidement opaque dans l'alcool, et se laissait facilement détacher de la capsule; c'était le cristallin. La capsule était entièrement libre derrière l'uvée, et n'adhérait ni à l'uvée ni au corps vitré. L'ouverture de la capsule qui correspondait à la pupille était oblitérée par une membrane fine et entièrement transparente. La cataracte opaque, d'un jaune brunâtre ambré, se trouvait en dehors dans le segment inférieur du corps vitré. Elle était dure, tranchante sur les bords, et réduite de moitié.

M. Textor termine son travail par une série de considérations dont nous reproduisons les principales :

1° Le cristallin, enlevé hors de sa capsule, est susceptible de se reproduire;

2° Cette reproduction est le résultat d'une sécrétion de la capsule, d'où résulte l'impossibilité de la reproduction si la capsule est enlevée ou malade, ce qui est confirmé par les faits;

3° Le cristallin de nouvelle formation n'est jamais si adhérent à la capsule qu'on ne puisse l'en détacher. De plus, il jouit de la même transparence et de la même limpidité que l'ancien;

4° Un certain espace de temps est nécessaire à la reproduction du cristallin. Chez les animaux, il paraît se reproduire dans 15, 25 à 30 et même 165 jours; chez l'homme on ne l'a pas observé avant six mois;

5° Le nouveau cristallin augmente de densité et de consistance à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération. Sa forme dépend de la lésion de la capsule, de sa transparence, etc.;

6° La capsule était toujours transparente dans les cas relatés, et ne devenait pas opaque même dans l'alcool. Comme l'a déjà remarqué Sœmmerring avec raison, la capsule n'est opaque que lorsqu'elle est malade, ou bien quand une couche de cristallin opaque reste appliquée sur elle, et dans ce cas encore un pinceau suffit à enlever la couche opaque et à démontrer la transparence de la membrane. Ces faits, si contradictoires aux opinions généralement reçues sur la cataracte capsulaire, viennent à l'appui de l'opinion de M. Malgaigne, qui regarde celle-ci comme excessivement rare, ou plutôt comme essentiellement liée à une violente inflammation de la chambre postérieure. M. Textor n'est pas éloigné de partager l'opinion du chirurgien français.

N. O.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Ainsi que nous l'avions prévu, les candidats à la place laissée vacante par la mort de Larrey n'attendaient que le moment favorable pour entrer en lice; et la plupart ont lu ou présenté à l'Académie des mémoires plus ou moins remarquables, titres nouveaux ajoutés à leurs titres antérieurs.

Dans la séance du 20 février, M. Jobert a lu un travail intitulé : *Recherches sur la structure de l'utérus*; — M. Bégin, un mémoire *sur la résection de la mâchoire inférieure, dans ses rapports avec les fonctions du pharynx et du larynx*;—M. Amussat, la première partie

de ses *Recherches sur les cicatrices artérielles;* — M. Leroy d'Etiolle un mémoire *sur la diathèse cancéreuse.*

Le 27 février, M. Gerdy a lu un mémoire *sur les symptômes et la marche de l'inflammation des os;* — M. Amussat, la seconde partie de ses *Recherches*, comprenant l'histoire *des anévrismes traumatiques.*

Le 6 mars, M. Velpeau a lu un résumé de ses *Recherches sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie;* — M. Duvivier, une observation de *luxation complète en dehors et en haut du tibia sur le fémur;* — M. Amussat, un mémoire *sur le taxis prolongé et gradué;* — M. Leroy d'Etiolle a adressé des *expériences sur l'asphyxie.*

Enfin il y a eu un repos le 13 mars. La section de médecine et de chirurgie, depuis longtemps mise en demeure de présenter une liste de candidats, a fait ce jour-là son rapport en comité secret par l'organe de M. Roux; huit candidats ont été présentés dans l'ordre suivant : 1° M. *Lallemand;* 2° M. *Lisfranc;* 3° M. *Ribes;* 4° MM. *Gerdy et Velpeau;* 5° MM. *Amussat, Bégin* et *Jobert.* Mais l'exclusion de M. Civiale a soulevé une discussion fort vive, qui doit se prolonger encore; et probablement la nomination n'aura pas lieu avant le 27 mars.

Nous nous bornons pour le présent à annoncer les titres des mémoires lus ou présentés. Nos lecteurs trouveront dans ce numéro les deux lectures de M. Amussat sur les cicatrices artérielles et les anévrismes traumatiques; M. Velpeau a commencé à imprimer son mémoire dans les *Annales de la chirurgie;* les autres seront publiés sans aucun doute; et nous nous réservons alors de les soumettre à un examen en rapport avec leur importance.

Académie de médecine.—Peu de choses ayant quelque intérêt chirurgical. M. Malgaigne a adressé le 28 février une lettre qui a été reproduite en tête de ce numéro. — Le 7 mars, M. Hervez de Chégoin a fait un rapport sur un mémoire de M. Gigon d'Angoulême, sur les polypes du rectum chez les enfants. Le *Bulletin de l'Académie* est en retard, et nous attendrons qu'il ait publié ce rapport pour en rendre compte. Des observations intéressantes ont été lues par MM. Reybard de Lyon, H. Larrey, Ségalas, A. Bérard et Ricord; les journaux hebdomadaires en ont donné des extraits; mais l'expérience nous a appris combien ces extraits pris à la volée courent le risque d'inexactitude; et nous préférons attendre la publication exacte de tous ces faits dans le Bulletin.

—Dans l'une des séances de février, M. Castel a proposé à l'Académie, au nom de ceux de ses membres qui la représentent dans la commission instituée *ad hoc*, de contribuer aux frais du monument à élever à la mémoire de Larrey. Il proposait de voter à cet effet une allocation de 400 francs; M. Bouillaud a demandé que l'allocation fût portée à 500 francs et votée immédiatement; M. Husson a vivement appuyé cette idée; et la contribution a été votée à l'unanimité.

—Dans sa séance du 14 mars, l'Académie de médecine a décidé à l'unanimité, sur la proposition de M. Louis, qu'une souscription serait ouverte par son sein pour les victimes du tremblement de terre de la Guadeloupe; le conseil d'administration a été chargé de régler la somme et le mode de la souscription.

— M. Florent Cunier, qui dirige avec beaucoup de talent les *Annales d'oculistique*, journal belge, avait mis au concours pour 1842 la question suivante : — « *Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique le siège et la nature de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.* »—Quatre mémoires ont été adressés; le prix a été partagé entre M. Stricker, de Francfort-sur-le-Mein, et M. Hoering, de Heilbronn (Wurtemberg). Les *Annales d'oculistique* ont déjà publié le mémoire de M. Hoering, et nous promettent celui de M. Stricker. Nous rendrons un compte étendu de ces deux travaux, ainsi que de quelques autres qui ont rapport au même objet.

—Esquisses historiques du service de santé militaire *en général, et spécialement du service chirurgical depuis l'établissement des hôpitaux militaires en France;* par J. P. Gama, ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, etc. — Un beau vol. grand in-8°, chez G. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.—Prix : 8 francs.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

AVRIL 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelles observations sur les pseudo-étranglements, *ou sur l'inflammation simple dans les hernies*, par M. Malgaigne.

Après avoir passé près de huit années déjà à l'étude approfondie des hernies, après en avoir observé plusieurs milliers sur le vivant et plusieurs centaines sur le cadavre, il m'est arrivé ce qui serait sans doute arrivé à tout autre à ma place, c'est-à-dire d'entrevoir quelques faits nouveaux qui avaient échappé à nos devanciers, de redresser quelques erreurs qu'ils avaient commises. C'est ainsi, et non autrement, que marche la science, chaque travailleur ajoutant son œuvre à la masse déjà acquise ; et c'est ainsi qu'après nous en viendront d'autres qui, profitant de ce que nous aurons fait, iront plus avant à leur tour.

Mais certains esprits ne sauraient s'accommoder de ces changements, de ces transformations inévitables que subit la science. Il est dur sans doute d'avoir à apprendre quand on croyait tout savoir; il est plus dur encore de désapprendre ce que l'on avait appris. L'esprit humain a aussi ses habitudes qui lui deviennent comme une seconde nature ; quand il est resté longtemps dans une erreur, il finit par s'y complaire, et par trouver fort mauvais qu'on le dérange, fût-ce au nom de la vérité.

J'ai donc rencontré et je devais rencontrer beaucoup de résistances. Depuis trois ans, par exemple, il m'a fallu soutenir une lutte sans cesse renaissante sur la question du siége réel des véritables étranglements. On sait que pour les trois anneaux naturels, l'anneau crural et les deux anneaux inguinaux, j'ai soutenu et je soutiens qu'il n'y a pas un seul fait authentique démontrant l'étranglement par l'anneau même; et je n'admets, quant à présent, d'autre étranglement que

par le collet du sac. Je me hâte d'ajouter que j'ai toujours admis l'étranglement par des orifices fibreux accidentels; et j'ai été le premier peut-être à professer que la plupart des étranglements s'opèrent ainsi dans les hernies crurales. Voilà pour ce qui concerne les étranglements réels.

Mais j'avais établi en outre une distinction beaucoup plus importante au point de vue pratique, entre ces variétés d'étranglements classés sous les noms d'étranglements *aigus*, *chroniques*, *spasmodiques*, *par inflammation*, *par engouement*. J'avais rejeté, comme toute hypothétique, la doctrine de l'Académie royale de Chirurgie; et j'avais montré que l'étranglement dit *par engouement* n'est autre chose qu'une inflammation du sac herniaire, le plus souvent sans étranglement d'aucune espèce. J'avais accumulé les observations sur le vivant et sur le cadavre, assigné les conditions étiologiques et les termes du diagnostic; le tout pour arriver à un traitement un peu plus rationnel, ce qui n'est pas beaucoup dire, que celui qui est encore généralement recommandé.

Une vive discussion vient de s'engager sur ce sujet dans l'Académie royale de médecine de Belgique, à l'occasion d'une observation de M. Rul-Ogez, et d'un rapport de M. Vottem. Je dirai tout à l'heure quelques mots de cette discussion; mais je veux auparavant insister sur quelques points de la question, afin d'en faire ressortir l'importance.

Ainsi, par exemple, deux doctrines tout opposées se partagent en ce moment le monde chirurgical; l'une qui attaque toute hernie soi-disant étranglée par le taxis forcé, l'autre qui ose à peine essayer le taxis et se hâte de recourir à l'opération. Je les rejette toutes les deux comme purement empiriques, et comme dangereuses à divers degrés; attendu qu'elles confondent sous le même nom deux états fort divers, et qui ne sauraient s'accommoder d'une thérapeutique uniforme. Pour les étranglements *vrais*, oui, il est plus sûr de procéder promptement à l'opération que de perdre un temps précieux à des tentatives de réduction presque toujours inutiles: pour les *faux* étranglements, presque jamais il n'est besoin de recourir à l'opération; et fréquemment le taxis même est nuisible.

Cela étant, on peut demander si ces faux étranglements sont bien communs, et s'il est vrai que l'opération doive être si souvent rejetée. Or, d'après mon expérience, il y a au moins 3 faux étranglements pour un étranglement réel; et par exemple depuis que j'ai pris le service de M. Cloquet, j'ai été appelé, soit à l'hôpital, soit en ville, pour cinq prétendus étranglements qu'on voulait opérer; sur ces cinq cas, un seul était un étranglement réel; j'ai opéré, la femme est morte; les quatre autres étaient des pseudo-étranglements, et ont guéri sans opération.

Je ne veux pas reproduire ici toutes ces observations; il suffira d'en choisir deux qui ont été recueillies publiquement à la Clinique de la Faculté, et qui montreront sur quelles bases je fonde le diagnostic différentiel.

Obs. i.—Pommier, âgé de 66 ans, portait depuis 15 années une hernie inguinale droite, qu'il avait d'abord pris soin de contenir par un bandage. Mais, vers le mois de juillet 1840, ayant été obligé de prendre un bandage nouveau, celui-ci ne contint pas aussi bien et laissa couler une petite partie de la hernie. De là des coliques d'abord légères, et à intervalles éloignés, puis plus fortes et plus fréquentes; et le malade s'étant aperçu qu'il souffrait moins quand il laissait la hernie s'échapper librement au dehors que lorsqu'il essayait de la réduire et de la maintenir, finit par abandonner son bandage qu'il remplaça par un simple suspensoire. Il fut en effet délivré de ses coliques, mais la hernie descendit peu à peu jusqu'au fond du scrotum, ne laissant au-dessous d'elle que le testicule.

Le 6 novembre 1842, il fut pris subitement de coliques assez vives, accompagnées de diarrhée. Un médecin consulté attribua ces accidents à la sortie de la hernie, et conseilla de la réduire. Le malade suivit cet avis, but de la décoction de riz et prit des lavements d'amidon; la diarrhée continua, et, le 9 novembre, la hernie étant sortie de nouveau, le malade ne put

parvenir à la réduire. Le médecin appelé obtint facilement la réduction ; mais le lendemain la hernie sortit encore, et cette fois le taxis fut tout à fait inutile.

En conséquence, on prescrivit un bain, des cataplasmes, la diète ; les jours suivants, nouvelles tentatives de réduction, toujours infructueuses ; le 13, on applique 15 sangsues sur la tumeur ; rien n'y fait ; le 15, comme la diarrhée avait cessé, on essaye un lavement avec 30 grammes d'huile de ricin, que l'on répète le lendemain, et le tout sans résultat. L'étranglement datait déjà de sept jours ; l'honorable confrère qui avait jusque-là donné ses soins au malade, regardant l'opération comme inévitable, me pria de me charger du malade que je reçus à l'hôpital.

A la visite du 18 le malade était dans l'état suivant : Le côté droit du scrotum était distendu par une tumeur herniaire de 10 centimètres de diamètre dans tous les sens ; rénitente, légèrement douloureuse à la pression ; sonore à la percussion dans sa partie inférieure ; mate dans le reste de son étendue. Pas de fièvre ; le malade est seulement affaibli par la douleur et par la diète ; il y a eu des nausées, quelques vomissements, de la constipation ; le ventre souple, excepté aux environs de l'anneau.

Diagnostic. *Entéro-épiplocèle avec pseudo-étranglement, c'est-à-dire avec une légère inflammation sans étranglement réel.*

Comme conséquence et confirmation de ce diagnostic, je fis mettre à plusieurs élèves le doigt dans l'anneau inguinal par dessous le scrotum ; le doigt, pénétrant dans l'anneau, excluait toute idée d'étranglement par celui-ci, et j'exposai que la liberté laissée depuis 18 mois à la hernie excluait également l'idée d'un collet au sac. L'inflammation était légère ; elle avait été directement combattue et était arrivée au 11e jour, époque où la résolution est au moins fort avancée ; donc le taxis avait les plus grandes chances de succès.

Je fis le taxis séance tenante ; en quelques minutes je réduisis toute la partie sonore de la hernie. La portion mate ou l'épiplocèle ayant fait quelque résistance, je me contentai d'appliquer dessus un bandage compressif avec des compresses et une bande ; et dès le jour même, je donnai des aliments. Le lendemain, quelques légers efforts complétèrent la réduction, et le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital.

Voilà une observation fort simple sans doute ; il est peu de praticiens qui n'en aient vu de semblables ; comment se fait-il donc que jusqu'ici l'on n'en ait pas tiré les conséquences ? Comment se fait-il que l'on ne se soit pas élevé de toutes parts contre cet effrayant précepte de Boyer disant que : « dans les sujets fort avancés en âge et d'une grande faiblesse, l'opération doit être pratiquée dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, *quoiqu'ils n'augmentent pas, et que la nature de l'étranglement permette du délai ?* L'honorable confrère qui m'avait adressé ce malade avait déjà trouvé dans sa propre expérience de quoi prolonger du double l'expectation ; mais d'après l'oracle de Boyer, n'était-il pas enfin en droit de prendre l'alarme ? Et cependant, comme je l'ai dit, comme l'évènement l'a prouvé, il s'était décidé à l'opération au moment même où la résolution de la phlegmasie rendait la hernie si facile à réduire.

Ce premier cas, dans lequel le diagnostic avait été porté et immédiatement vérifié devant eux, avait déjà quelque peu frappé mes nouveaux élèves ; mais il en arriva peu après un autre dans lequel la hardiesse et cependant la sûreté du diagnostic entraîna les convictions les plus rebelles.

Obs. II. — Le 26 décembre 1842, nous étions réunis à l'amphithéâtre et j'étais au milieu de ma leçon de clinique, lorsque l'un des internes, M. E. Cloquet, m'avertit qu'il venait d'arriver un homme atteint d'une hernie étranglée. A cette nouvelle, interrompant la phrase commencée, je me levais pour me rendre près du malade, lorsque M. Cloquet ajouta que le malade portait habituellement un bandage qui contenait mal la hernie. Je me rassis paisiblement ; j'annonçai que la hernie prétendue étranglée n'était pas étranglée, et que dès lors, rien ne pressant, nous pouvions achever la leçon.

Je fis toutefois la leçon courte ; il était aisé de voir que ce diagnostic à distance avait produit un sentiment d'étonnement mêlé de quelque impatience parmi mon auditoire. Nous nous rendîmes au lit du malade et nous trouvâmes un homme de 61 ans, la face grippée par la douleur, se plaignant de coliques et de nausées fréquentes, et venant de vomir tout à l'heure ; le pouls, assez développé, était à 96 pulsations ; le ventre douloureux, médiocrement tendu ;

le côté gauche du scrotum occupé par une tumeur deux fois plus grosse qu'un œuf ordinaire, douloureuse, dure et rénitente à la pression, absolument mate à la percussion. Le testicule était libre au-dessous de la tumeur; en portant le doigt dans l'anneau par-dessous le scrotum, on sentait parfaitement un espace libre qui excluait toute idée de striction.

Le malade nous raconta d'ailleurs que sa hernie datait de cinq ans. Il avait porté un bandage qui avait d'abord assez bien contenu la hernie; mais, plus tard, il la laissait échapper, et du reste le malade le quittait la nuit. Depuis trois semaines il avait été sujet à des nausées et même à des vomissements revenant surtout le matin et le soir; en même temps il éprouvait des accès de toux très violents qui se prolongeaient presque durant deux heures, et durant lesquelles s'échappait la hernie. Enfin, la nuit dernière, sans cause connue, il avait été pris de coliques incessantes; la hernie était devenue dure et douloureuse, et, n'ayant pu la faire rentrer, il s'était décidé à venir à l'hôpital. Il y était venu à pied, mais marchant avec beaucoup de peine, et le corps plié en deux.

Toutes ces choses bien établies, je procédai au taxis, et j'obtins la réduction en quelques minutes. Après quoi je prescrivis un lavement laxatif et une potion calmante.

Le malade eut deux selles après le lavement, et dormit assez bien dans la nuit; les nausées avaient disparu, mais le ventre était resté douloureux, et le pouls très-fort donnait 84 pulsations.— Saignée de 3 palettes.

Le 28, le ventre est souple et sans douleur, le pouls calme; la hernie descend et rentre sans difficulté; à son plus grand développement elle ne dépasse pas le volume d'un œuf. — 70 pulsations.

Le 29, état parfait; le malade reste encore quelques jours à l'hôpital pour attendre qu'on lui ait fait un bandage convenable.

Ici nous arrivions au début même de l'inflammation; le taxis avait des chances de succès, précisément parce que l'inflammation n'avait pas acquis tout son développement, comme, dans le cas précédent, parce qu'elle était à son déclin. Il fallait donc le tenter d'abord, attendu que la réduction est alors le meilleur moyen de dissiper ou tout au moins de modérer les accidents inflammatoires. Elle n'a fait ici que les modérer; et durant deux jours nous avons eu à combattre les restes de cette inflammation rejetée dans le grand péritoine.

Mais maintenant, sur quoi donc était fondé ce diagnostic, si téméraire en apparence? Sur quelques faits généraux qui sont pour moi tout à fait hors de doute :

1° Le malade était vieux; conséquemment il n'était pas à présumer que sa hernie se fût faite à travers un resserrement de la tunique vaginale. Donc pas d'étranglement à craindre par cette cause;

2° La hernie n'était pas récente, et elle n'avait pas été suffisamment contenue. Donc il n'avait pu se former de rétrécissement au collet du sac, et les anneaux avaient dû s'érailler; donc il n'y avait pas là d'agents pour un étranglement véritable;

3° En l'absence d'agents d'étranglement réel, y a-t-il une autre lésion qui puisse simuler cet étranglement? Sans aucun doute; et cette lésion, ainsi que je l'ai démontré par l'observation clinique et par les autopsies, n'est autre que l'inflammation du sac herniaire.

Appliquez ces données à tous les cas analogues, vous arriverez aussi sûrement aux mêmes conclusions. Je ne veux pas d'ailleurs omettre de dire que sur ces deux malades, après la guérison, je constatai et je fis constater, après l'avoir aussi annoncée à l'avance, la dilatation de l'anneau inguinal externe; chez le premier cet anneau offrait au moins 3 centimètres de diamètre; il était un peu moins dilaté chez l'autre; mais dans les deux cas le canal avait disparu et les hernies étaient directes.

Cependant, dira quelqu'un, si avant le taxis on reconnaît l'absence de toute striction à l'anneau inguinal externe, qui nous répondra que la striction ne siége pas à l'anneau supérieur? — Je réponds à cela que je n'attache pas grande importance

pour le diagnostic à cette exploration de l'anneau externe; il y a des sujets trop chargés d'embonpoint pour qu'elle soit possible, et le diagnostic n'en est pas moins assuré; et je n'y ai recours que comme à un complément d'examen, plus propre, en vertu de sa nature toute matérielle, à entraîner la conviction des élèves. Quant à l'anneau supérieur auquel on prétend faire jouer un si grand rôle, on a vu d'abord que chez nos deux malades il avait disparu; et d'ailleurs, avant de le mettre en avant, il conviendra à l'avenir de démontrer sa réalité comme anneau fibreux; réalité que les recherches approfondies de l'un de mes élèves les plus distingués, M. le docteur Roustan, ont pour le moins fortement révoquée en doute.

Une autre remarque qui m'a été faite, c'est qu'en définitive, quelle que soit la théorie, la plupart des chirurgiens auraient agi comme je l'ai fait, auraient réussi comme j'ai réussi, et que dès lors la théorie n'a rien changé à la pratique. Mais n'eût-elle que cette utilité d'apprendre aux praticiens pourquoi et comment ils ont réussi, de remplacer une pratique empirique par une pratique raisonnée, encore vaudrait-elle la peine d'être connue. Mais elle a une bien plus haute portée.

Supposez, et cela s'est vu mille fois, que, chez notre premier sujet, l'inflammation herniaire, au lieu d'être si calme et si bénigne, eût amené la fièvre, les vomissements, et que nous eussions échoué dans le taxis; alors, selon la marche ordinaire des choses, vous eussiez accumulé bains, saignées, glace, lavements au tabac, le taxis surtout, manœuvre redoutable quand l'inflammation est largement développée; et en fin de compte l'opération sanglante, c'est-à-dire l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie. Et ce ne sont pas de vaines suppositions, je le répète, tout cela a été vu, a été fait; on a ouvert des hernies enflammées, et il s'est trouvé des chirurgiens assez consciencieux pour confesser qu'ils n'avaient pas trouvé d'étranglement. Mais si c'est une inflammation, pourquoi cette thérapeutique hâtive, turbulente, et si parfaitement en dehors des indications? Tenez le malade au repos, mettez des cataplasmes, et attendez la résolution de l'inflammation; vous tenterez alors le taxis à coup sûr.

J'irai plus loin : il y a tel cas d'inflammation où, si vous avez le malheur de réussir dans votre taxis, le malheur de réduire la hernie, vous donnez lieu à une inflammation générale du péritoine au lieu de l'inflammation locale du sac herniaire, et le malade paye de sa vie ce déplorable succès. J'ai appelé le premier l'attention des chirurgiens sur les faits de ce genre; dans mon mémoire sur les pseudo-étranglements, je citais un cas dont j'avais eu entre les mains les pièces anatomiques; on était parvenu par le taxis à faire rentrer une grosse hernie, le malade était mort vingt-quatre heures après. Le fait communiqué par M. Rul-Ogez à l'Académie royale de Belgique, quelque incomplet qu'il nous parvienne, paraît être un nouvel exemple de cette fatale terminaison; c'est pourquoi je le reproduirai ici.

Obs. III. — Madame D..., âgée de 45 ans, était atteinte depuis plusieurs années d'une hernie ombilicale du volume de la tête d'un fœtus. Cette hernie s'étant étranglée il y a trois ans M. Rul-Ogez en fit la réduction. Un nouvel étranglement étant survenu l'année suivante, on ne put réduire qu'une portion de la hernie et encore le 3e jour. Enfin, le 23 juillet 1841, la hernie s'étrangla de nouveau.

« Pendant trois jours, dit M. Rul-Ogez, je mis en œuvre tous les moyens propres à opérer la réduction de la hernie; la situation de la malade, la diète, les bains de siége, les sangsues, les topiques émollients, narcotiques et réfrigérants, les boissons relâchantes, les lavements purgatifs, *et le taxis exercé tous les jours à différentes reprises.* »

Enfin, le troisième jour, il obtint la réduction partielle de la hernie; huit jours après, tous les symptômes d'une péritonite grave se manifestent et la malade meurt. Malheureusement l'autopsie ne fut point faite.

M. Rul-Ogez conclut que « des observations semblables doivent engager le praticien, malgré la conduite la plus rationnelle, à se méfier des suites des hernies

étranglées, même lorsque les tentatives de taxis ont été suivies de succès. » Cette remarque est juste ; mais il fallait préciser mieux les cas où la réduction est si périlleuse. Or, lorsqu'on a affaire à des hernies enflammées, il faut surtout prendre garde de ne pas les réduire dans la période d'acuité de l'inflammation, et d'autant plus qu'elles sont plus volumineuses et que l'inflammation occupe ainsi une plus grande surface.

Les idées que je viens d'exposer sont sans doute encore bien nouvelles ; il leur faut du temps pour faire leur chemin; et toutefois elles ont déjà sensiblement marché ; et la discussion ouverte à l'Académie royale de Belgique pourrait servir au besoin à montrer combien les idées anciennes commencent à se trouver faibles devant elles. Là toutes les opinions ont été représentées. MM. Vottem et Boulvin ont soutenu avec chaleur la nécessité de recourir promptement à l'opération; *après* 6, 8, 12 *ou* 24 *heures de tentatives de réduction*, dit M. Boulvin, qui permet cependant d'attendre plus longtemps chez les vieillards. M. Boulvin, à l'appui de la thèse, a déclaré qu'ayant pratiqué 32 fois la herniotomie, 25 fois pour des hernies inguinales, 7 fois pour des hernies crurales, il n'a perdu que 2 opérés. D'un autre part, MM. Verbeeck et Seutin ont défendu la cause du taxis prolongé; et M. Seutin a confessé qu'en 1835 il était partisan du débridement immédiat, mais que l'expérience avait modifié ses convictions, et que depuis trois ans il avait presque abandonné la herniotomie. D'autres, comme M. Graux, ont cherché à tenir la balance égale entre l'opération et le taxis, et même à réhabiliter un peu les émollients; sorte d'éclectisme qui vaut peut-être mieux après tout que le parti pris des opinions extrêmes, mais qui ne sait pas plus qu'elles donner la raison de sa manière d'agir. MM. Lutens, Delavacherie, Michaux et Phillips ont enfin reporté la question sur son véritable terrain, et soutenu avec une grande force de logique cette distinction si importante de l'étranglement pur, dans lequel en effet tous les antiphlogistiques sont inutiles, et de l'inflammation stimulant l'étranglement et dans laquelle les antiphlogistiques fournissent souvent de précieuses ressources. M. Lutens a cité les deux observations suivantes, qui en disent plus que tous les raisonnements contraires.

Un employé, atteint depuis plusieurs années d'une hernie inguinale *très-volumineuse qu'il avait de la peine à maintenir par un bandage*, fait une chute sur un timon de voiture; M. Lutens appelé peu de temps après trouve la hernie irréductible, douloureuse, accompagnée de symptômes graves. D'autres confrères sont appelés; les uns veulent qu'on procède à l'opération, les autres demandent d'abord qu'on ait recours aux antiphlogistiques. On fait une abondante saignée, on applique 20 sangsues; après quoi un léger effort de taxis suffit pour opérer la réduction.

Voici maintenant la contre-épreuve. Un ouvrier se plaint depuis longtemps d'une hernie inguinale volumineuse, *qu'aucun moyen ne peut contenir dans l'abdomen*. A la suite d'un écart de régime la tumeur s'étrangle; plusieurs praticiens essaient en vain de la réduire; on porte le malade à l'hôpital, on l'opère ; le sac étant largement ouvert, on ne découvre aucune espèce de constriction, ni dans le sac, ni dans l'ouverture fibreuse, mais bien une violente inflammation du paquet intestinal et des intestins. Le malade meurt deux jours après.

J'ai souligné dans ces deux faits les circonstances qui, à l'avance, auraient permis d'affirmer qu'il n'y avait pas étranglement; le volume de la hernie, et l'insuffisance de la contention. Les mêmes conditions se retrouvent dans l'observation suivante rapportée par M. Michaux, et par laquelle je terminerai ce travail.

Un homme de 67 ans portait depuis longtemps une hernie scrotale, non contenue dans l'origine, et plus tard imparfaitement contenue par un bandage mal appliqué. Le 11 février dernier, la hernie sort, devient dure, douloureuse, irréductible; deux chirurgiens essaient vainement le taxis; on emploie un traitement

antiphlogistique énergique, saignées, sangsues, cataplasmes; le 6e jour le malade entre à l'hôpital. M. Michaux reconnaît une inflammation, fait appliquer de nouveau des sangsues ; le lendemain quelques légères pressions suffisent pour la réduction, et le malade est entièrement guéri quelques jours après (1).

Sur les luxations de l'extrémité supérieure du radius chez les enfants; par M. PERRIN, D. M. *au Grand-Lucé* (*Sarthe*).

A M. le rédacteur du Journal de Chirurgie.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

M. le docteur Goyrand d'Aix a publié dans les *Annales de Chirurgie* du mois de juin 1842 deux observations, suivies de réflexions, sur une nouvelle variété de luxation de l'extrémité supérieure du radius, qu'il désigne sous le nom de *luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant*, et qu'on observe surtout chez les enfants en bas âge.

Un cas analogue s'est offert dernièrement à mon observation. Je viens vous prier, si vous le jugez de quelque intérêt scientifique, de l'insérer dans votre estimable journal.

OBS. — Dans le mois de janvier dernier, une petite fille, âgée de 18 mois, me fut présentée par sa mère, comme ne pouvant plus, depuis deux jours, se servir de son bras ; d'après son récit, l'accident était arrivé dans les circonstances suivantes :

L'enfant étant sur les genoux de sa mère, celle-ci voulut introduire son petit bras gauche dans la manche très étroite de sa robe, et comme les enfants de cet âge se prêtent difficilement à cette intromission, la mère alla, par l'ouverture inférieure de la manche, saisir et tirer avec une certaine force la main de sa petite fille, en même temps qu'elle cherchait de son autre main à faire remonter en haut, vers l'épaule, l'extrémité supérieure de cette manche.

Pendant cette double traction en sens inverse, la main étant probablement en demi-pronation, tout à coup la petite fille jeta un cri, et resta dès ce moment dans l'impossibilité de se servir de son bras. Voici ce que je constatai :

Le membre supérieur gauche était complètement étendu, pendant sur le côté du tronc, et un peu porté en arrière ; la main en demi-pronation ; les doigts légèrement fléchis ; tout le membre complètement immobile.

L'enfant refuse constamment de se servir de sa main pour prendre le morceau

---

(1) J'ai évité à dessein toute polémique sur le rapport de M. Vottem, qui a attaqué et travesti mes idées d'une façon que je me contenterai d'appeler peu académique ; et j'aurais gardé à cet égard le plus complet silence, si je ne devais témoigner toute ma gratitude à MM. Lutens et Phillips, qui ont pris soin dans la discussion de rétablir le texte et le sens de mes doctrines. « Je serais porté à croire, a dit M. Lutens, que l'honorable rapporteur n'a pas compris, ou n'a pas voulu comprendre M. Malgaigne. » C'est là ce qui pouvait se dire de mieux.

Il serait à propos que tous les chirurgiens, quelle que soit leur patrie, voulussent bien se rappeler que dans l'ordre scientifique ils sont membres d'une même famille, et observer les uns vis-à-vis des autres les égards de la confraternité. Et, par exemple, je désirerais pour mon compte que ce souhait fût bien compris d'un très excellent et très habile confrère, M. Mayor de Lausanne, qui vient de lancer *ex abrupto* contre toute l'école de Paris une diatribe énorme où j'ai attrapé ma part d'éclaboussures. « De tous les chirurgiens justement célèbres, dit M. Mayor, celui qui, dans son discours d'ouverture, a le plus méconnu les droits imprescriptibles et les prérogatives impérissables de la mécanique médicale, en l'amalgamant *sans pudeur* avec la médecine, c'est évidemment M. Malgaigne. » Il y a là un grand éloge et un grand blâme ; je prie M. Mayor de croire que je ne suis pas moins flatté du second que du premier.

de sucre qu'on lui offre, et cherche à le saisir de l'autre main. Le mouvement de supination est impossible ; en y mettant même une certaine force, on n'arrive à aucun résultat, sinon à faire beaucoup souffrir l'enfant, qui jette les hauts cris. Aussitôt qu'on cesse toute manœuvre, l'enfant reporte son petit bras dans la position que j'ai signalée, et ne paraît plus ressentir aucune douleur.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est douloureuse, mais complète.

Il n'y a du reste, au niveau de l'articulation du coude, ni rougeur, ni gonflement, ni déformation ; rien en un mot d'appréciable extérieurement. L'exploration attentive ne permet pas non plus de constater le moindre changement dans les rapports des os qui concourent à former cette articulation.

L'examen auquel je me livrai pendant assez longtemps ayant fait beaucoup souffrir et pleurer l'enfant, je crus prudent de remettre la réduction à un autre jour ; mais le lendemain on vint m'annoncer que la malade était guérie. J'attribuai cette réduction spontanée au massage auquel j'avais soumis la veille l'articulation pour l'explorer, et à quelques tentatives légères et insignifiantes de réduction que j'avais essayées ; et elle devint en même temps pour moi une preuve en faveur de la luxation incomplète.

Si cette observation nous offre un nouvel exemple de luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, je n'oserais affirmer qu'elle soit en même temps un exemple de luxation incomplète en avant, comme l'affirme M. Goyrand pour les deux cas qu'il rapporte. En effet, au nombre des signes donnés par ce chirurgien, il signale la flexion de l'avant-bras qui se trouve placé en travers sur le ventre de l'enfant; or, dans le cas que je cite, le membre supérieur pendait complétement étendu sur les côtés du tronc. De plus, chez l'enfant dont je parle, je pouvais complétement fléchir l'avant-bras sur le bras, ce qui ne se conçoit guère dans la supposition d'une luxation incomplète en avant, puisque dans le cas de luxation complète dans ce sens, on donne précisément pour signe l'impossibilité de fléchir entièrement le membre. M. Goyrand ne parle point de cette flexion.

Aurais-je donc eu à faire à une luxation incomplète en arrière? Je serais tenté de le croire. Mais à d'autres plus habiles que moi, à vous, monsieur, qui savez si bien discuter les faits de notre science, d'éclaircir cette question des luxations incomplètes de l'extrémité supérieure du radius, sur laquelle l'autopsie cadavérique n'a point encore projeté sa lumière. Ces sortes de déplacemens, désignés sous le nom peu scientifique d'*entorses*, de *foulures du coude*, sont aussi méconnues aujourd'hui que l'étaient autrefois les luxations complètes du même os, à l'époque où la fameuse Académie de chirurgie envoyait, à ses propres frais, l'illustre Sabatier vérifier le diagnostic d'un chirurgien de province, qui lui annonçait avoir constaté sur un de ses malades une luxation récente de l'extrémité supérieure du radius.

Agréez, etc. PERRIN.

L'appel de notre honorable confrère nous impose un tâche assurément fort difficile. Nous allons cependant essayer de lui répondre ; et nous saisirons volontiers cette occasion de jeter quelque jour sur l'une des questions les plus obscures de la pathologie chirugicale, savoir, la nature des luxations qui peuvent déterminer chez les enfants des tractions intempestives sur la main ou le poignet.

Les premières notions que l'on trouve sur cet accident sont perdues en quelque sorte dans un des plus méchants ouvrages du XVII^e siècle ; l'*Œconomie chirurgicale* de D. Fournier, publiée en 1671. On y lit, page 250 :

« La luxation incomplète (du radius) ou l'eslongation se fait par le relaschement des ligaments qui sont abbreuvez d'humiditez, ou par une violente extension, principalement en des sujets jeunes et délicats, comme aux enfants, laquelle maladie le plus souvent se guarit, ou du moins se remet facilement. »

Cela est court, mais décisif; manifestement Fournier avait vu cette lésion; il en a nettement établi l'étiologie et le pronostic; nous verrons même dans un moment cette théorie de l'*élongation* embrassée par un chirurgien d'une tout autre autorité; seulement il a confondu la luxation par un relâchement avec la luxation par cause externe; chose du reste peu étonnante à l'époque où il écrivait.

Cette petite découverte de Fournier demeura longtemps comme non avenue; et, pour retrouver de nouvelles observations sur ce sujet, il faut arriver jusqu'à Duverney le neveu, au milieu du XVIIIe siècle.

« La luxation du rayon que je propose, dit Duverney, arrive ordinairement par une extension plus ou moins forcée, ou par chute. Par exemple, lorsque l'on prend un enfant par le poignet pour lui faire sauter un ruisseau ou le transporter d'un endroit à l'autre, tout l'effort se passe le long du rayon par la compression que cause sur l'os du coude la main de celui qui embrasse le poignet de l'enfant, et par le poids de son corps qui résiste à l'effort, étant enlevé en l'air. »

Il y a ici également quelque confusion entre les luxations par suite de chute et celles qui sont dues à la traction sur le poignet; non pas sans doute que l'une et l'autre cause ne puissent produire des déplacements tout semblables, même chez les enfants; mais en général il y a des différences qui ont même frappé jusqu'à un certain point Duverney. Je laisserai en arrière tout ce qu'il dit des luxations causées par des chutes; quant aux autres:

« Cette luxation, dit-il, pour l'ordinaire ne cause que très peu de douleur dans l'instant qu'elle se fait par extension. L'avant-bras et la main restent dans une parfaite pronation, ne pouvant plus être mus par les muscles propres à la supination; mais si l'on veut mouvoir le bras, le faisant étendre, l'enfant souffre une douleur très vive au pli du bras. Ainsi le vrai signe de la luxation du rayon est que la supination ne peut se faire. »

Quelle est donc la nature de cette lésion? Duverney adopte l'idée de l'élongation, qu'il regarde néanmoins comme une luxation véritable. Ainsi, lorsqu'on tire sur le poignet d'un enfant, comme il l'a exposé:

« La pression que fait sur l'os du coude la partie inférieure du rayon, qui est grosse, oblige sa partie supérieure qui est petite de sortir de la capsule qui l'articule avec l'éminence du bras; et voilà la vraie luxation du rayon, qui consiste dans son éloignement de deux à trois lignes, suivant sa longueur, de l'humérus. Il ne se porte donc pas en dehors, en dedans, ni dans un autre sens, comme on l'a prétendu. De plus le ligament circulaire qui embrasse le col du rayon, l'aponévrose entre-osseuse et l'insertion du biceps s'y opposent. »

Il est impossible de rendre sa pensée d'une façon plus claire; seulement on voudrait savoir si cette théorie est appuyée sur quelque chose; et malheureusement Duverney confesse à peu près qu'elle est purement imaginaire.

« Je n'ai connu cette luxation, poursuit-il, que par le grand nombre d'enfants pour lesquels on m'a consulté. J'avoue sincèrement que dans les premiers temps je la regardais comme une luxation des deux os, tant par le gonflement qui se trouvait à quelques-uns, que par la difficulté de mouvoir l'avant-bras. Mais, m'étant aperçu que les extensions étaient inutiles, je me déterminai à prendre le parti du mouvement de la supination, et je réussis. Quelque satisfait que je fusse du succès de cette pratique, je ne proposai cette luxation en public, et à quelques praticiens, qu'avec doute, n'ayant pas eu occasion de m'en assurer sur l'adulte. Je fus néanmoins assuré de ce que j'avais avancé par l'ouverture du bras de la malade dont j'ai fait mention ci-dessus. »

Vous voyez que sa preuve principale est tirée du succès de sa méthode; quant à sa prétendue autopsie, elle est uniquement destinée à montrer que la luxation peut produire *un abcès qui le plus souvent dégénère en scrophule; comme je l'ai vu arriver*, ajoute-t-il, *à une femme de 30 ans ou environ, où la luxation du rayon ne fut en aucune manière connue, et dont j'ouvris l'article après sa mort.*

Mais puisque l'autopsie ne prouve rien, sachons du moins si la méthode prouvera

davantage ; et dans tous les cas, il importe de bien connaître une méthode qui n'a jamais échoué.

« Le chirurgien fait asseoir le malade sur une chaise. Il le fait tenir le bras nu. Alors il porte le pouce de la main droite dans le pli du bras, approchant de l'attache du tendon du biceps au rayon. Les quatre autres doigts embrassent l'olécrâne. La main gauche du chirurgien empoigne la partie inférieure de l'avant-bras proche le poignet. Avec cette main il tourne le rayon et la main en dehors, c'est-à-dire qu'il les met dans une parfaite supination. Pendant ce mouvement le pouce de la main droite pousse le rayon ou plutôt le tient assujetti. Quand la supination paraît suffisante, il fait fléchir l'avant-bras, le portant plus en dehors qu'en dedans. Alors la cavité du rayon rentre dans la capsule, et elle reçoit l'éminence de l'humérus. La même manœuvre s'exécute telle qu'on vient de la décrire pour la luxation du rayon du bras gauche; mais si la luxation est du côté droit, il faut que ce soit le pouce de la main gauche du chirurgien qui soit appliqué au pli de l'avant-bras, et elle s'exécutera comme il a été dit.

« Le bandage consiste en une compresse circulaire, deux longuettes placées en croix de Saint-André, une circulaire par-dessus, et le bandage comme à la saignée. Il faut mettre le bras en écharpe pendant 2 ou 3 jours. L'on doit toujours avoir attention que le bras soit en supination. Je n'ai jamais mis autre chose en usage, surtout aux enfants, etc. »

Telle était en somme la doctrine de Duverney. Pour prédisposition, le jeune âge;—pour cause, la traction sur le poignet;—pour signe essentiel, l'impossibilité de mettre la main en supination;—pour méthode opératoire, un mouvement forcé de supination combiné avec la pression antérieure sur la tête luxée, et dans un second temps, un mouvement de flexion;—enfin pour théorie, une luxation par élongation.

Cette doctrine fit assez peu d'impression sur les contemporains. J.-L. Petit avait nié tous les déplacements de la tête du radius, et son autorité entraînait les chirurgiens. Bertrandi en Italie, Manne en France, se hasardèrent cependant à répéter ce qu'avait écrit Duverney; en 1787, Bottentuit Langlois fit plus; il apporta à cette doctrine l'appui de sa propre expérience, et fit soutenir aux écoles de chirurgie une thèse ayant pour titre : *De radii superioris extremitatis dimotione in infantibus frequentiori.*

Ce n'est pas pourtant qu'il adopte tout ce qu'a dit Duverney ; loin de là, tout en confirmant la réalité de la luxation, il innove sur presque tous les points de son histoire. Ainsi ce n'est pas assez, pour la produire, qu'une traction exercée sur la main de l'enfant; il faut qu'à cette traction se joigne un mouvement forcé de pronation. Le premier aussi, Bottentuit a noté cette autre cause dont l'observation de M. Perrin présente un si remarquable exemple; les tractions inconsidérées sur la main d'un enfant pour faire passer le bras dans une manche trop étroite; mais alors aussi il faut que la main soit en pronation. En vertu de cette pronation, le radius en vient à toucher la partie moyenne du cubitus, et y trouve un point d'appui sur lequel il bascule; la tête radiale ainsi soulevée distend le ligament coronaire et s'écarte tout à la fois de la cavité sigmoïde et du condyle huméral; et alors, selon l'impulsion qu'elle reçoit, la contraction plus ou moins forte des muscles et la résistance des ligaments, elle se porte en dehors ou en avant, de façon toutefois à ne pas s'écarter beaucoup de sa position naturelle.

Comme on le voit, Bottentuit n'admettait pas une luxation unique ; mais tantôt une luxation en avant, tantôt une luxation en dehors, ce qui revient à ce que nous appellerions aujourd'hui une luxation en arrière; de plus, il admet divers degrés dans ces déplacements. Au degré le plus léger, tous les mouvements demeurent libres, excepté la supination. Un déplacement plus étendu détermine la compression et l'engorgement des parties voisines, la carie de l'articulation, l'ankylose; et il dit avoir observé ces suites fâcheuses. Mais, dans tous les cas, les signes caractéristiques sont toujours : —la main en pronation, l'avant-bras demi-fléchi, la supination impossible et toute tentative dans ce sens arrachant des cris au malade ;

et il ajoute que si l'on engage l'enfant à porter la main à la tête, la main seule se fléchit pour aller à la rencontre de la tête qui s'incline pour la recevoir.

Le procédé de réduction ne diffère pas beaucoup de celui de Duverney; toutefois Bottentuit insiste pour que la supination et la flexion s'exécutent en même temps, sous peine de n'obtenir qu'une réduction incomplète; et il porte la flexion au point d'amener la main au niveau de la partie externe de l'acromion.

Quant au traitement consécutif, il appliquait d'ordinaire un bandage; mais il s'en passait quelquefois. En effet, dit-il, la réduction fait immédiatement cesser la douleur; et dès le lendemain (souvent même auparavant) l'articulation a recouvré l'entière liberté de ses mouvements.

Le travail de Bottentuit en suscita un autre. En 1789, Philippe Pinel publia, dans les *Observations de physique* de Rozier, un *Mémoire sur le mécanisme des luxations de l'avant-bras*, et donna deux théories des luxations de la tête du radius. L'une n'était qu'une modification de la théorie de Bottentuit; au lieu de faire basculer le radius sur la partie moyenne du cubitus, Pinel faisait rencontrer les deux os vers la tubérosité bicépitale. La seconde expliquait la luxation par une forte adduction de la main; ainsi, disait-il, lorsque la main est violemment portée *en dehors* (dans le langage actuel nous dirions *en dedans*), il s'opère une bascule du radius sur la petite tête du cubitus, et la tête radiale, par l'effet de cette bascule, est portée en dehors contre le ligament latéral externe du coude jusqu'à le distendre et même à le rompre. C'est là une vue toute hypothétique que Pinel n'appuie sur aucun fait, et que j'aurais passée sous silence, si un peu plus tard elle n'avait été reproduite par Monteggia, qui sans doute en ignorait le premier auteur.

En tout ceci néanmoins, la question de la nature réelle de la luxation restait toujours sans solution positive; et, chose singulière, on n'avait pas même songé à constater, par l'examen du coude, de quel côté s'était portée la tête du radius. Le premier travail sérieux à cet égard appartient à Martin de Lyon, et fut publié en 1809 dans le *Journal général de médecine*. Pour arriver à une solution, Martin interrogea à la fois l'anatomie, les causes, les symptômes et le traitement; et il conclut que la luxation est toujours en arrière.

« Dans l'enfant, dit-il, l'extrémité inférieure de l'humérus est remarquable par le volume de sa petite tête qui fait une saillie considérable en devant, et occupe un espace très grand par rapport à la poulie articulaire qui forme une éminence bien moindre que celle qu'elle doit offrir dans la suite. Cette disposition, en déprimant le radius et le plaçant sur un plan plus antérieur, augmente l'étendue du mouvement de pronation; car le radius se meut d'autant plus aisément sur le cubitus en croisant sa direction en devant, qu'il lui est plus antérieur. Cette étendue plus grande du mouvement de pronation rend évidemment plus forte la distension du ligament annulaire en arrière, et par cela même doit faciliter les luxations du radius dans ce sens...

« La cavité sigmoïde du cubitus est presque plane; le côté correspondant du radius est peu saillant et a aussi moins de surface; ce qui rend extrêmement faible ce point de contact des deux os de l'avant-bras, et facilite leur défaut de rapport dans leurs mouvements forcés de pronation... Le ligament annulaire a d'autant plus d'étendue, par rapport au radius qu'il embrasse, que la petite cavité sigmoïde du cubitus, à laquelle il se fixe, en a moins; l'observation anatomique démontrant que, chez l'enfant, il forme le cercle presque entier, tandis que chez l'adulte la grandeur et la profondeur relatives de la cavité sigmoïde qui lui donne attache lui permet à peine de former les deux tiers du cercle.»

Et enfin, « l'espace interosseux va en décroissant uniformément de haut en bas, tandis que chez l'adulte il est élargi par le milieu, à la suite de l'espèce de torsion qu'éprouvent les os sur eux-mêmes par les progrès de l'âge; circonstance qui, dans l'enfant, augmente encore l'étendue des mouvements du radius, diminue la solidité de son articulation, et doit conséquemment favoriser son déplacement. »

Mais jusqu'où s'étend alors ce déplacement? L'esprit de l'époque ne permet-

tait guère de s'arrêter à l'idée d'une luxation incomplète; aussi Martin n'y songe même pas.

« L'extrémité de cet os, en s'échappant de la cavité sigmoïde, sans rompre ordinairement le ligament annulaire, d'après nos expériences sur le cadavre, se place sur la petite surface plane que présente la partie supérieure de la face externe du cubitus, derrière la petite cavité sigmoïde et au-dessous du petit anconé; elle perd ses rapports avec la petite tête de l'humérus, et vient se fixer en arrière de la tubérosité externe de cet os et au-dessous de l'olécrâne, en distendant, ou rompant quelquefois peut-être, la capsule articulaire. Le radius alors coupe à angle aigu la partie supérieure du cubitus, ce qui place l'avant-bras dans la pronation; la tubérosité bicipitale éloignée et tournée en arrière distend le tendon du biceps, et excite l'action de ce muscle qui tient l'avant-bras dans la demi-flexion. »

Martin parle ici d'expériences sur le cadavre, et ne dit pas comment il les a faites. D'après celles que j'ai tentées, je crois pouvoir affirmer d'une manière absolue que la luxation complète, comme il prétend l'avoir obtenue, est impossible sans déchirure du ligament annulaire; et, d'un autre côté, cette luxation complète produit une telle saillie de la tête radiale en arrière qu'elle ne saurait échapper à aucun chirurgien. Il ne faut donc pas s'en laisser imposer par ce mot spécieux d'*expériences* ni par les conclusions que l'auteur semble en tirer; la question reste aussi entière après qu'auparavant.

L'étiologie n'est pas beaucoup mieux démontrée; Martin est tellement dominé par une théorie préconçue qu'il ne s'aperçoit pas même qu'il se contredit d'une phrase à l'autre. Après avoir avancé que cette luxation *ne peut s'effectuer* qu'autant que l'avant-bras est porté dans un mouvement forcé de pronation et tiraillé tout à la fois, il fait remarquer que ces tiraillements sur l'avant-bras ou le poignet porté dans une pronation forcée ont eu lieu dans *presque toutes* les observations qu'il va produire. Si ce n'est pas dans toutes, la luxation peut donc s'effectuer dans d'autres circonstances que celles qu'il signale comme nécessaires; et cette différence de cause méritait d'être étudiée. D'ailleurs, il faut bien ajouter que l'auteur se trompe sur ses propres observations; il en a sept, et, sur les sept, deux seulement dans lesquelles la combinaison de la pronation forcée est nettement accusée; dans les cinq autres, il n'est question que de simples tiraillements, et l'on voit qu'il lui a été impossible à lui-même de s'assurer de la vraie position du membre lors de l'accident.

Les signes sont:—« l'impuissance des mouvements de l'avant-bras et du poignet;—la douleur qu'on excite quand on veut les mouvoir;—la demi-flexion et l'état de pronation de l'avant-bras; — la saillie qu'on observe au-dessous de la tubérosité externe de l'humérus et en avant de l'olécrâne; — la tension du biceps. »

Le procédé a ici une grande importance, attendu que dans des points essentiels il est tout à fait contraire à ceux de Duverney et de Bottentuit, et que cependant il n'a pas moins constamment réussi.

« Le procédé le plus simple pour réduire cette luxation consiste à saisir d'une main le poignet du malade, et embrasser de l'autre le pli de l'avant-bras, de manière à ce que le pouce réponde à la tête du radius déplacé. Les mains de l'opérateur ainsi posées, il fait exécuter en même temps un mouvement combiné de supination et d'extension de l'avant-bras avec la main qui tient le poignet, tandis qu'il presse sur la tête du radius avec le pouce de celle qui embrasse l'articulation de l'avant-bras; alors il fait fléchir ce membre, le portant plutôt en dehors qu'en dedans, mouvement qui devient facile par la rentrée de la tête du radius dans la place qu'elle occupe naturellement, ce qu'on reconnaît aussi au petit bruissement qui se fait entendre lors de la réduction. »

Ainsi Duverney et Bottentuit appuyaient le pouce en avant; Martin l'appuie en arrière. Duverney forçait la supination sans étendre l'avant-bras; Bottentuit voulait que la supination fût combinée avec la flexion; et tout au rebours, Martin

combine la supination et l'extension. Il est bon de remarquer toutefois que, comme Duverney, Martin finit par ramener l'avant-bras dans la flexion, et que dans ce mouvement de flexion tous les trois s'accordent à recommander de porter la main en dehors. Ce précepte, qui au premier abord semble tout empirique, a pour effet d'assurer la supination dans la flexion même, ainsi que chacun peut s'en assurer par soi. Je reproduis ici l'une des observations de Martin, pour mettre mieux le lecteur à même de juger ce qui dans son travail a été dicté par la théorie ou par l'expérience.

«Observation.—Le fils de M. Mermet, notaire à Lyon, rue Thomassin, âgé de 7 ans, me fut amené le 17 avril 1805, pour que je procédasse à l'examen de son bras devenu douloureux dans l'articulation de l'avant-bras, depuis que d'autres enfants l'avaient tiraillé en divers sens dans la matinée du même jour.

« L'avant-bras était à demi fléchi, et le malade ne pouvait exécuter des mouvements et surtout l'étendre sans éprouver une douleur vive; sa main était dans la pronation, et si on essayait de la ramener dans la supination, on excitait une douleur qui lui faisait pousser des cris. Le bras laissé en repos, il se plaignait d'un sentiment douloureux au lieu correspondant au tendon du biceps, qui était dans une extrême tension. Quoique l'articulation fût un peu engorgée, je distinguai au-dessous de la tubérosité externe de l'humérus et près de l'olécrâne une tumeur; je la déplaçai en exerçant sur elle une pression avec le pouce, en même temps que je ramenais l'avant-bras dans la supination et que je l'étendais sur le bras; en exécutant ces mouvements, j'entendis distinctement sous le doigt ce bruit particulier qui résulte du replacement d'un os sorti de sa cavité articulaire, et la tumeur observée au-dessous de la tubérosité disparut à l'instant même. L'enfant fut soulagé, et exerça librement et sans la moindre douleur les mouvements d'extension, de flexion, de supination et de pronation. »

Les quatre observations qui viennent après sont le calque exact de la première; dans toutes on observe la demi-flexion, la tension du tendon du biceps, et la saillie de la tête radiale en arrière. Mais, dans les deux dernières, l'avant-bras était *à peine fléchi* sur le bras, et il n'est pas question du tendon du biceps. Martin en conclut lui-même que la flexion de l'avant-bras n'est donc pas un des phénomènes constants de la luxation; j'ajouterai que précisément c'est dans ces deux cas que la cause bien constatée était un mouvement forcé de pronation combiné avec la traction sur le poignet.

La réalité de la luxation en arrière était mise hors de doute par les observations de Martin; elle fut confirmée par Boyer qui en avait vu deux cas, et avait constaté la saillie de la tête radiale. Heureux s'il s'en était tenu là; mais, de même que Desault niait les deux luxations du radius parce qu'il ne les avait point vues, Boyer, n'ayant vu que la luxation en arrière, nia la luxation en avant.

Cet arrêt de Boyer avait été reçu sans protestation dans les écoles françaises; en Italie, Monteggia tenta de le réformer. Il se fondait sur ses propres observations, qui, dit-il, *n'étaient pas peu nombreuses*, et dans lesquelles il avait toujours réussi à réduire en forçant d'abord l'extension et la supination, mais surtout en appliquant le pouce en avant du pli du coude; d'où il concluait que toutes les luxations ainsi réduites avaient dû avoir lieu en avant, et que la luxation en avant était plus fréquente que l'autre. La démonstration n'était pas rigoureuse; Monteggia n'avait pas même songé à vérifier dans ces cas la position de la tête; mais ce qui est plus étrange encore, sous cette vaine dénomination de *luxation en avant*, il entendait réellement la luxation en arrière, et ne se séparait de Boyer que parce qu'il ne l'admettait pas complète.

« Il serait pourtant nécessaire, dit-il, de préciser ce qu'on entend par luxation en avant et en arrière. Pour moi je tiens que la tête du radius luxé peut se diriger tout à fait en avant, en passant obliquement devant l'articulation même du cubitus; ou bien obliquement en arrière, mais restant toujours sur un plan antérieur à la tubérosité et au bord externe de l'humérus. Cette deuxième variété de luxation comprendrait celles qui, lorsqu'on étend et

qu'on met en supination l'avant-bras, se rapprochent de la partie antérieure de l'article, où la pression antérieure du doigt les peut faire rentrer. Que si l'on veut entendre, par luxation en arrière, le passage de la tête radiale en arrière de la tubérosité et du bord externe de l'humérus, ou bien, selon Boyer, derrière la cavité sigmoïde du cubitus et au côté externe de l'olécrâne, je croirais certainement qu'aucune des luxations par moi réduites n'était de ce genre. »

Mais si Monteggia n'a point avancé la question de la nature de la luxation, il a ajouté à son histoire deux faits assez importants, l'un pour le diagnostic, l'autre pour les terminaisons. Il note que le bruit que fait entendre la réduction ressemble à la crépitation d'un os fracturé; *de fait*, dit-il, *la première fois que je l'observai, je crus avoir affaire à une fracture; mais je me désabusai en voyant la liberté des mouvements immédiatement revenue, la douleur cessée, le membre retourné à sa bonne conformation, et la main dans sa position naturelle: preuves que le bruit ne signifiait que la réduction de l'os.*

Il a vu aussi, ce qui n'avait pas été noté avant lui, la réduction suivie de récidive. « Chez l'un des petits enfants que j'ai vus, et qui avait paru, comme les autres, guéri au moment de la réduction, n'ayant point d'abord appliqué le bandage et celui-ci s'étant dérangé plus tard quand je l'eus appliqué, la luxation se reproduisit bien quatre fois dans les premiers jours, jusqu'à ce que l'articulation eût acquis une suffisante stabilité. »

Voilà où en était la question vers 1814; et l'on voit que si elle n'avait pas fait de plus grands progrès, ce n'était pas absolument faute de faits; seulement les observations n'avaient jamais été suffisamment exactes, ni les déductions assez rigoureuses. Avons-nous été depuis lors plus habiles ou plus heureux?

Dugès de Montpellier recommença en 1831 à battre en brèche l'opinion trop exclusive de Boyer; il avait vu trois cas de luxation en avant, dont deux occasionnés par des tractions sur le poignet; et il est d'autant plus important de reproduire sa première observation, qu'enfin elle nous donnera la symptomatologie réelle des luxations en avant.

« Un enfant de trois ans, en jouant avec un frère plus âgé que lui, avait été tiré avec violence par la main droite, sans doute renversée en pronation forcée; à l'instant même il avait poussé des cris aigus qui se renouvelaient au moindre attouchement du bras; l'avant-bras était immobile, en demi-flexion, et en supination presque complète; la pronation était empêchée par une résistance qu'on sentait bien siéger dans les os mêmes, et non dans les muscles du petit malade. L'extrémité supérieure du radius saillait un peu au-devant de la petite tête de l'humérus, et, autant que le permettait un embonpoint assez considérable, une dépression existait en arrière au niveau de l'articulation huméro-radiale. Du reste, rien de lésé dans la continuité des os du membre supérieur, rien de dérangé au poignet ni à l'épaule. Je fis tenir le bras de l'enfant par sa mère, et, tirant sur la main fortement inclinée sur son bord cubital, je la ramenai en pronation. Un claquement sensible, même pour les assistants, annonça la réduction; les cris cessèrent, et les mouvements reprirent leur liberté; mais peu de minutes après le déplacement se reproduisit; cette fois, après avoir procédé de même à la réduction, je crus devoir m'opposer à la récidive, en fixant l'avant-bras en demi-pronation sur la poitrine.» (*Journal hebdomadaire*, 1831, *tom. IV*.

Chose digne de remarque, sur un autre enfant la luxation fut produite et réduite, et récidiva de la même manière; ce qui est si rare dans les luxations en arrière. Un troisième cas, pareil aux premiers par les symptômes, bien que déterminé par une autre cause, aurait pu être d'une bien haute importance pour la science, l'enfant ayant succombé le troisième jour; malheureusement l'auteur se borne à dire que la dissection confirma la justesse du diagnostic.

Ces observations, confondues avec d'autres de nature fort diverse, avaient passé inaperçues; et pour ramener enfin l'attention sur ce sujet, il fallut un fait

nouveau, publié en 1836 par M. Collier dans la *Gazette médicale de Londres*, et reproduit en 1837 par la *Gazette médicale de Paris*. Un enfant de 2 ans et demi, soulevé par les poignets, avait jeté les hauts cris; M. Collier appelé le lendemain trouva l'avant-bras en demi-flexion et en pronation, caractères ordinaires; mais de plus les moindres mouvements de flexion et d'extension causaient de la douleur; l'enfant ne pouvait allonger la main; et, en appliquant le pouce sur la tête radiale, le chirurgien reconnut qu'elle dépassait le niveau de la face antérieure de l'humérus des deux tiers de son épaisseur. La pression exercée sur cette tête, combinée avec un mouvement de supination, suffit pour la réduire; et le membre reprit à l'instant sa motilité et sa liberté naturelles.

On peut douter que M. Collier ait bien senti la tête du radius en avant; d'autant plus qu'il ajoute que le coude n'offrit ni gonflement ni difformité; et sa prétendue luxation en avant ne ressemble guère à celle que Dugès avait si bien décrite. Il est probable toutefois que ce fut ce diagnostic si hasardé qui entraîna l'opinion de M. Goyrand, dans la note qu'il adressa presque aussitôt à la *Gazette médicale*. On voit en effet qu'il ignorait tout ce qui avait été observé jusque-là; c'était de deux chirurgiens d'Aix, MM. Arnau et Guirand, qu'il avait appris à connaître cette luxation, dont ils ne paraissaient pas bien connaître le siége; et M. Goyrand lui-même, qui l'avait rencontrée plus de dix fois, n'avait jamais constaté de quel côté la tête du radius faisait saillie. Bien plus, il affirme que le déplacement est si léger *qu'il n'entraîne aucun changement appréciable dans la forme du coude.*

A part cette lacune, M. Goyrand avait étudié la lésion dont il s'agit avec cette sagacité dont il a donné tant de preuves; et il avait sur quelques points réformé la symptomatologie de ses devanciers. Ainsi, suivant lui, l'avant-bras n'est pas demi-fléchi, mais au quart de flexion et appuyé sur le ventre; les doigts un peu fléchis; et tout mouvement qu'on cherche à imprimer au coude fait pousser des cris à l'enfant. La pronation forcée est donc toujours le signe invariable. Pour la réduction, M. Goyrand presse du pouce sur la tête radiale; de l'autre main étend l'avant-bras, exerce sur ce membre des tractions un peu fortes, ramène la main en supination, et termine en fléchissant brusquement le coude. Sauf les tractions, dont l'utilité est au moins douteuse, c'est absolument le procédé de Duverney. Jamais il n'a vu ni récidives, ni suites fâcheuses; et il a même renoncé absolument à toute espèce de traitement consécutif.

D'après ce résumé fidèle, M. Goyrand n'avait donc aucune raison positive d'admettre la luxation en avant. Toutefois il avait essayé aussi de se rendre compte du mécanisme de la lésion; il pense, comme Bottentuit, que la main de l'enfant doit être en pronation lorsqu'elle est saisie; que cette traction écarte le radius de l'humérus; mais il estime qu'alors le radius est entraîné en avant par le biceps, puis en haut par les autres muscles; et maintenu dans cette position nouvelle par la contraction musculaire, entretenue par la douleur.

Six mois plus tard, en septembre 1837, ce fut le tour de M. John Gardner de découvrir derechef cette luxation tant de fois découverte; et il est assez curieux de le voir choisir pour proclamer sa découverte le même journal qui avait publié un an auparavant l'observation de M. Collier. Comme cause, M. Gardner admettait la traction unie à une brusque pronation;—comme signes, la pronation constante, et peut-être aussi l'extension: *le membre pend sur le côté du corps*,—comme procédé opératoire, la supination forcée, suivie d'une brusque flexion. Sa théorie est beaucoup plus originale; « *le déplacement*, dit-il, *porte sur la tubérosité bicépitale du radius, laquelle glisse par-dessus le bord du cubitus, qui l'empêche alors de revenir à sa place.* Il convient d'ajouter cependant qu'il a vu le premier des réductions en quelque sorte spontanées; lorsque le déplacement, dit-il, a été méconnu et pris pour une entorse, on met le bras en écharpe, et la douleur dure jusqu'à ce que, en défaisant ou en réappliquant l'appareil, ou par quelque mouvement inopiné, il se

produit un petit craquement, et, à la grande surprise des parents, l'enfant se trouve subitement guéri. Jamais non plus M. Gardner n'a vu cet accident amener de fâcheuses conséquences.

Là se bornait la note écrite en 1837 ; mais, pour ne pas rompre l'enchaînement des faits, nous dirons tout de suite le sort qu'ont eu les idées de M. Gardner en Angleterre. Plusieurs chirurgiens, James Russell, Gaskell, Alexandre Farquhar, dirent avoir vu des déplacements du même genre et attestèrent la fidélité de la description. En 1839, dans un compte-rendu de la *Provincial medical association*, on éleva seulement des doutes sur la théorie qui les rapportait à la tubérosité bicépitale; et l'un des auteurs du compte-rendu, qui avait vu plusieurs de ces luxations, disait : *Tout ce que nous avons trouvé nécessaire pour la réduction consiste simplement à imprimer un mouvement de rotation au radius.* Le *Medico-Chirurgical Rewiew* s'en mêla, et prononça, un peu à la légère, qu'il ne s'agissait que d'un décollement de l'épiphyse du radius. Tout récemment, M. Gardner a vivement répliqué dans le *Dublin Journal* (mars 1843); contre l'hypothèse du décollement, il allégue qu'ayant habituellement recommandé après la réduction de tenir le bras en repos et de faire sur le coude des lotions réfrigérantes, toujours il a vu tout traitement abandonné au bout d'une heure ou deux par ses petits malades, sans que cette négligence ait jamais rien entraîné de fâcheux ; quant à sa propre hypothèse, il n'y attache aucune importance, et paraît disposé à lui préférer l'idée d'une luxation.

Le lecteur aura remarqué combien peu la chirurgie anglaise se tient au courant de ce qui se fait en France ; et nous en ferions plus volontiers encore l'objet d'un reproche si, dans cette même question, nous ne trouvions les chirurgiens français aussi indifférents à ce qui se fait en Angleterre. En 1841, M. Rendu développait comme toute nouvelle, dans la *Gazette médicale*, la théorie du déplacement de la tubérosité bicipitale du radius, abandonnée par son premier auteur. Voici dans quelles circonstances :

Dès 1836, M. Rendu avait été consulté pour une petite fille de 2 ans qui, sur le point de faire une chute, avait été retenue vivement par la personne qui lui donnait la main, et aussitôt avait jeté des cris. L'avant-bras était à demi-fléchi sur le bras; la main, fléchie sur l'avant-bras, avait son bord externe légèrement incliné sur le radius; la face dorsale du poignet était œdémateuse et douloureuse : l'enfant y portait fréquemment la main droite et criait dès qu'on voulait y toucher. Le chirurgien, frappé de l'idée d'une fracture ou d'un décollement de l'épiphyse inférieur du radius, cherchait à reconnaître la crépitation; dans un mouvement un peu forcé de supination, il entendit un choc qu'il rapporta à la région du coude ; l'enfant était guéri. Il conclut qu'il avait eu affaire à une luxation en arrière de la tête du radius. Malheureusement le coude n'avait point été examiné.

Mais en 1839, pareil cas s'étant présenté à lui avec des symptômes tout semblables, M. Rendu explora le coude avec attention :

« Je sentis parfaitement, dit-il, malgré la rondeur de formes de la petite malade, les saillies osseuses qui s'observent de chaque côté de l'extrémité inférieure de l'humérus ; je marquai la place de l'olécrâne, mais je cherchai en vain la saillie que devait former la tête du radius que je supposais luxée en arrière. Pendant la durée de ces recherches, la petite malade ne poussa pas un cri, elle était toute occupée d'images que lui montrait une de ses sœurs. L'examen du coude fait, je pris le poignet, et de suite les cris recommencèrent.... Tenant le poignet de la main droite, je saisis le coude de la gauche, et faisant exécuter à la main de la petite malade un mouvement de supination, je sentis manifestement à l'extrémité supérieure de l'avant-bras le choc qui m'indiqua le retour des parties à l'état normal. »

Dans l'un et l'autre cas, l'observateur avait été frappé de ces deux circonstances, l'absence de douleur à la région du coude, l'œdème et la douleur à la face dorsale du poignet. Et comme il avait vainement cherché la saillie de la tête radiale, il

fit des recherches sur le cadavre pour arriver à l'explication de ces faits; et il trouva :

1° Que, dans la pronation forcée, le ligament annulaire n'est nullement distendu ni en arrière ni dans aucun autre sens; et que le seul ligament qui borne la pronation et qui puisse être rompu quand on la force, est le ligament triangulaire qui unit inférieurement le radius au cubitus;

2° Que, dans la supination forcée, la portion antérieure du ligament annulaire est distendue; la tête du radius tendant à se porter en avant; et le ligament triangulaire inférieur est également exposé à la distension et à la rupture.

D'où ces conséquences, qu'une supination forcée peut bien quelquefois luxer la tête du radius en avant; mais qu'une pronation forcée ne peut la luxer ni en avant ni en arrière, et tend bien plutôt à luxer l'extrémité inférieure de l'os sur le cubitus. Et en définitive, l'auteur, ne trouvant rien dans ses expériences qui lui expliquât le choc entendu près du coude lors de la réduction, cherchait à s'en rendre compte par l'hypothèse du déplacement de la tubérosité bicipitale. Il rattachait l'œdème et la douleur du poignet à la distension des ligaments radio-cubitaux inférieurs.

Au reste, M. Rendu signalait lui-même assez bien le côté faible de son hypothèse; car, pour que le déplacement eût lieu, il avouait que la tubérosité bicipitale devait offrir un développement anormal. M. Goyrand, revenant sur ce point, n'a laissé à cet égard aucun doute; ayant disséqué avec soin l'avant-bras d'un grand nombre de jeunes sujets, chez tous il a trouvé l'espace interosseux trop large pour que la tubérosité bicipitale pût toucher le bord correspondant du cubitus. Il allègue une autre raison qui a moins de force à notre avis : c'est que, chez deux enfants qui présentaient ce déplacement, il a ramené la main en supination, sans faire l'extension, et qu'il a échoué dans ses tentatives; tandis qu'en ajoutant une traction suffisante sur le poignet, la réduction s'est faite sans difficulté. Toutefois, il est remarquable que, dans son dernier travail, M. Goyrand semble douter aussi de son opinion primitive; il affirme encore qu'il s'agit d'une *luxation très-incomplète de la tête du radius*, mais il convient que l'*étendue et peut-être même la direction du déplacement ne sont pas établies d'une manière positive*

Tel est, aussi complet et aussi exact que j'ai pu le faire, le résumé des théories et des discussions auxquelles cette question a déjà donné lieu. En comparant tous les faits connus, on voit qu'ils laissent encore plusieurs points assez obscurs; mais, d'un autre côté, ils éclairent beaucoup plus la question qu'aucun travail isolé n'avait pu le faire. Essayons donc d'en déduire quelques conséquences qui aillent directement à l'adresse des praticiens.

Avant toutes choses, il n'est pas un chirurgien qui, en méditant sur cette longue et ténébreuse histoire, ne se sente frappé du péril qu'il peut courir en se trompant sur le diagnostic. Vous entendez un craquement; vous croyez, comme Monteggia, à une fracture; comme le rédacteur du *Medico-Chirurgical Review*, à un décollement épiphysaire; vous insistez sur l'application d'un appareil et sur le repos prolongé; l'indocilité d'un enfant qui se débarrasse de l'inutile appareil montre au grand jour l'erreur du chirurgien et compromet sa renommée. Heureux si l'erreur n'est commise qu'après la réduction! et l'on pourra juger combien la position peut devenir humiliante, en lisant l'observation suivante que j'emprunte à M. Gardner.

« En septembre 1839, on m'apporta un enfant qui avait, disait-on, le bras fracturé. L'accident avait été occasionné par une violente traction sur le poignet, durant laquelle on avait ouï craquer quelque chose. Un examen attentif m'ayant édifié sur la nature du cas, je voulais le montrer à M. Guthrie : mais comme M. Hale Thompson, son collègue à l'hôpital de Westminster, restait près de chez moi, je lui fis porter l'enfant, en le priant d'examiner l'état du

membre. Après un examen sérieux, qui fit beaucoup souffrir le malade, M. Thompson déclara qu'il n'y avait point de luxation ; quant à la douleur, il l'attribua à la distension et peut-être à la rupture des ligaments du poignet. Je voulus alors lui démontrer la nature de l'accident et réduire la luxation devant lui ; mais il s'y opposa, ne voulant pas, disait-il, permettre de violences sur un membre malade dans sa maison ; il recommanda donc des attelles, des bandages, des lotions froides, etc., et renvoya l'enfant toujours fort souffrant. Je fus extrêmement indigné de cette manière d'agir, et revenant chez moi avec l'enfant, je réduisis la luxation en une seconde, et j'écrivis un mot à M. Thompson pour l'en informer. Il se rendit immédiatement chez moi ; nous examinâmes l'enfant ; il trouva le bras remis, en parfait état, le petit malade le portant joyeusement sur sa tête, et s'écriant que M. Gardner l'avait guéri en une minute ! M. Thompson reconnut son erreur, et m'offrit des excuses convenables ainsi qu'aux parents de l'enfant. »

A ces premières causes d'erreur, j'en ajouterai une autre qui n'a point été signalée ; j'ai vu deux fois la fracture de l'extrémité supérieure du radius produite par une cause toute pareille ; et il ne serait pas sûr de traiter ces fractures comme des luxations.

Il y a là donc déjà plusieurs méprises possibles, et de ces méprises qu'on ne saurait cacher même aux ignorants. Je crains qu'il ne s'en soit commis beaucoup d'autres, moins graves à la vérité, parce qu'elles n'entraînent aucun détriment pour le malade, fâcheuses néanmoins pour l'homme de l'art. Il ne saurait cependant être indifrent de soutenir par exemple qu'une luxation s'est faite en arrière, si en réalité elle est en avant ; de dire qu'il y a une luxation, si la luxation est imaginaire ; et enfin d'accuser une luxation du coude, quand peut-être il s'agit d'une luxation au poignet. Nous entrons ici en plein dans la question scientifique ; y a-t-il en réalité luxation, et où la luxation siége-t-elle ?

Nous dirons d'abord que les observations de Martin nous paraissent être, de toute évidence, des luxations en arrière. Tout aussi manifestement, les observations de Dugès sont pour nous des luxations en avant ; et nous regardons les unes et les autres comme des luxations incomplètes. Nous avons là d'abord deux types auxquels nous pouvons comparer les autres faits, qui, sans cette comparaison, resteraient fort équivoques ; ainsi, d'après les symptômes décrits par M. Goyrand, probablement il n'a jamais eu affaire qu'à des luxations en arrière, tandis que nous inclinerions à prendre le cas de M. Perrin pour un déplacement en avant. Nous n'énonçons du reste ces dernières opinions qu'avec toute réserve ; on peut bien, en effet, à certains symptômes, reconnaître une luxation en général ; mais le diagnostic spécial n'est jamais assuré qu'autant qu'on a senti la saillie de l'os luxé.

La difficulté d'ailleurs est d'autant plus grande que plusieurs faits, donnés sous le titre de luxations de la tête du radius, pourraient bien n'être que des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus. Relisez, par exemple, les deux observations de M. Rendu : il y avait de la douleur et du gonflement au poignet ; rien de semblable au coude ; la main était fléchie à la fois en avant et sur le côté externe de l'avant-bras ; ajoutez l'avant-bras en pronation ; le tableau serait complet, si M. Rendu avait cherché et trouvé la saillie en arrière de la petite tête du cubitus. Desault a décrit une luxation de ce genre produite chez un enfant de 5 ans par la traction du poignet dans une état de pronation forcée ; et Dugès a publié un cas tout pareil, et il est permis de douter si M. Collier n'a pas eu affaire à quelque chose de semblable.

Nous ne reviendrons pas sur tous les symptômes de ces divers déplacements ; mais, pour rappeler seulement les signes pathognomoniques, la luxation postérieure du radius se reconnaît essentiellement à la pronation forcée et à la saillie en arrière de la tête luxée ; la pronation jointe à la saillie en arrière du cubitus sont les caractères de la luxation cubitale ; et enfin la luxation du radius en avant, outre la saillie osseuse, peut se présumer tout d'abord par l'état de supination ou au moins de pronation incomplète du poignet et de l'avant-bras.

Ces trois luxations sont faciles à réduire; la première est en quelque sorte guérie aussitôt après la réduction; les deux autres sont sujettes à récidiver et exigent l'application d'un appareil. Nous ignorons ce que deviendrait la luxation postérieure du radius non réduite; mais pour la luxation antérieure, notre collaborateur M. Danyau a publié en 1841, dans les *Archives générales de médecine*, l'observation jusqu'à présent unique d'un déplacement de ce genre datant de deux mois sur une petite fille de 3 ans; les mouvements de pronation et de supination étaient complètement recouvrés, l'extension aussi complète que possible; le seul mouvement, non pas gêné, mais un peu borné était la flexion. La luxation fut réduite; mais malgré l'application d'un appareil, un mois après elle avait récidivé.

Ainsi que l'a dit M. Perrin, les dissections manquent; nous avons eu cependant l'occasion de disséquer sur un adulte une luxation incomplète du radius en avant, que nous avions reconnue et réduite pendant la vie, et nous avons constaté que le ligament annulaire n'était pas déchiré. Mais l'accident provenait d'une chute, et la luxation se compliquait même d'une fracture incomplète de la tête radiale.

Outre cette lacune, il y en a une autre qui sera facile à combler, dès que les praticiens en seront une fois bien avertis. Dans la très-grande majorité des observations que nous avons lues, la cause réelle est plutôt supposée que vérifiée. Il sera bon de rechercher dans quelles conditions la traction sur le poignet a une si fâcheuse influence, et si par exemple la pronation, mise un peu trop facilement au rang des causes, ne serait pas plus fréquemment un effet.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

De la trachéotomie dans le croup, *par* M. Trousseau.

Dans le traité des maladies des enfants que viennent de publier MM. Barthez et Rilliet, se trouve intercalé, au chapitre du croup, un morceau communiqué par M. Trousseau, qui peut passer pour une magnifique étude de médecine opératoire. Il s'agit de la trachéotomie avec ses indications et ses contre-indications, le procédé à suivre, les accidents, le traitement consécutif, les conditions favorables ou contraires au succès, le tout appuyé sur ce chiffre imposant de 121 opérations pratiquées par l'habile professeur au 1er juin 1842. A peine est-il une autre opération qui ait été aussi bien envisagée sous toutes ses faces, et dont l'histoire, restée longtemps si obscure, se soit vue tout d'un coup éclairée d'une aussi vive lumière. L'analyse que nous allons donner de ce remarquable travail sera nécessairement fort étendue; mais elle aura d'autant plus d'intérêt, que, sur quelques points moins clairement exposés, nous avons obtenu de nouveaux renseignements de M. Trousseau lui-même; et que nous avons pu ajouter à sa statistique les opérations par lui tentées depuis le 1er juin 1842 jusqu'à ce jour, et qui font monter le chiffre total à 127.

La première question et la plus importante est celle des indications et des contre-indications. Et d'abord faut-il, pour ouvrir la trachée, attendre que le malade soit sur le point de mourir? Faut-il, au contraire, procéder à l'opération dès que les symptômes indiquent d'une manière à peu près certaine que la mort aura lieu?

Avant de se prononcer, M. Trousseau examine d'une part la gravité de l'opération en elle-même; de l'autre les chances de guérison du croup confirmé.

Quand l'opération est faite pour retirer un corps étranger des voies aériennes, presque jamais elle n'entraîne la mort; donc en elle-même et hors de toute complication, elle n'est pas absolument dangereuse. Que si on la pratique au contraire sur des sujets atteints de maladies chroniques du larynx, assez communément les opérés succombent dans les premiers jours qui suivent l'opération. D'où vient cette différence? De ce que dans les cas de laryngite chronique, on attend d'ordinaire pour se décider que l'asphyxie soit imminente; voilà la complication dangereuse qui, faisant obstacle à l'hématose, engouant le poumon, amenant la congestion passive du cerveau, exerce une redoutable influence sur la production et l'aggravation des accidents pulmonaires, auxquels succombent quelquefois les opérés.

Ainsi, peu dangereuse par elle-même, l'opé-

ration le devient beaucoup quand on a laissé durer longtemps les phénomènes de l'asphyxie; or, comme le croup détermine ces phénomènes aussi bien que la laryngite chronique, la conséquence, dès que l'opération est jugée nécessaire, est de la pratiquer *le plus tôt possible*.

Voilà qui va bien jusque-là ; mais une grave difficulté se présente ; on objecte que le croup confirmé guérit quelquefois sans opération; donc l'opération ne peut être jugée nécessaire que quand la mort est imminente , c'est-à-dire *le plus tard possible;* en d'autres termes, on ne serait en droit de la faire que quand elle ne présente plus de chances de succès.

Cette objection est très sérieuse; elle n'est cependant pas insoluble. Car s'il est vrai que dans certains cas extraordinaires la nature fasse de ces cures miraculeuses qui déconcertent tout l'art du pronostic, il n'est pas moins vrai que le médecin aurait tort de s'attendre toujours à de pareils miracles, et de renoncer, dans un espoir déjà mille fois déçu, à une ressource extrême sans doute, mais d'une incontestable valeur. Quels sont donc ces cas désespérés dans lesquels l'art n'a plus que cette unique ressource? M. Trousseau répond :

« *Si la diphthérite laryngée a été précédée et s'accompagne encore de diphthérite pharyngienne; si l'enfant a eu déjà plusieurs accès de suffocation, et si, dans l'intervalle des paroxysmes, la respiration reste sifflante, métallique, difficile, la mort arrive à peu près invariablement, quelque médication qu'on oppose à la maladie.* »

Alors, en effet, nous sommes de son avis: en face de cette mort à peu près inévitable, l'opération non-seulement est juste et légitime ; mais, sous peine de perdre de ses chances, elle doit être pratiquée sans délai, le plus tôt possible. M. Trousseau s'explique assez nettement d'ailleurs pour empêcher qu'on abuse de ce précepte.

« Si nous faisons une loi, dit-il, d'opérer le plus tôt possible, nous n'entendons pas par là que l'on doive ouvrir la trachée-artère aux premiers signes d'une phlegmasie aiguë du larynx; *mais on doit le faire dès que l'on est certain de la présence des fausses membranes dans le larynx.* »

C'est là ce qu'il appelle *sa pensée tout entière;* c'est le résultat de toute sa pratique et de toutes ses réflexions. Nous voilà donc en possession d'une indication générale; une autre question presque aussi importante, est celle des contr'indications ; savoir, si, même appelé de bonne heure, les chances ne peuvent pas se montrer si défavorables que l'opération soit jugée, par avance, inutile ; si elle ne devient pas également inutile, parce qu'on a été appelé trop tard. En un mot, nous avons appris tout à l'heure quand il faut opérer ; il reste à rechercher maintenant quand il ne faut pas et quand il ne faut plus opérer. M. Trousseau n'a pas abordé directement cette question ; mais dans les aphorismes qu'il a mis à la fin de son travail, il s'en trouve quelques-unes qui nous aideront à la résoudre.

« 1° *Si avant l'opération, les fausses membranes ont envahi le nez, si elles recouvrent la surface des vésicatoires; si l'enfant est pâle, un peu bouffi sans avoir pris de mercure et sans avoir été saigné, ou s'il a perdu beaucoup de sang, l'opération a peu de chances de succès.*

« 2° *Si la maladie a été très-rapide, quand bien même, au moment de l'opération, on constaterait que les fausses membranes ne s'étendent pas au-delà du larynx, les enfants meurent très-promptement.*

« 3° *Si le croup est survenu après la rougeole, la scarlatine, la variole ou la coqueluche, bien qu'il n'y ait ordinairement aucune liaison entre l'angine maligne et ces diverses pyrexies, la trachéotomie ne réussit pas.*

« 4° *Les enfants au-dessous de deux ans et au-dessus de six guérissent rarement.*

« 5° *On guérit plus de garçons que de filles.* »

Nous respectons ces formes vives, nettes, aphoristiques, que M. Trousseau affecte de préférence, sans doute parce qu'il y réussit bien. Dans la première de ces cinq propositions, il est aisé de comprendre la raison de la contr'indication ; cette apparition des fausses membranes, même à la surface des vésicatoires, semble révéler une diathèse contre laquelle l'opération serait impuissante. Les deux suivantes ont ceci de remarquable, qu'elles dérogent essentiellement à l'indication générale, et qu'elles établissent deux cas dans lesquels, fût-on certain de la présence des fausses membranes dans le larynx, et limitées au larynx, on ne doit pourtant pas opérer.

La quatrième est tout empirique, sans en avoir pour cela moins de force; et la cinquième est aussi de nature à faire quelquefois reculer l'opérateur. La seule chose à regretter était de ne pas savoir sur combien de faits ces propositions sont appuyées; et, par exemple, combien M. Trousseau a-t-il opéré d'enfants au-dessous de deux ans, et combien en a-t-il sauvé ? Nous lui avons posé la question, autant qu'il a pu s'en fier à sa mémoire, il n'avait sauvé qu'un enfant sur sept à huit opérés. Malgré la rigueur de l'aphorisme, ces chiffres feront peut être plus d'impression encore. Je trouve quelque part une assertion bien plus absolue pour un âge supérieur :

Jusqu'ici les trachéotomies pratiquées sur des adolescents ou sur des adultes, pour des cas de croup, n'ont pas été suivies de succès.

A cette proposition générale, nous aimons mieux substituer ce simple fait que jusqu'ici

l'on ne connaît que deux cas de trachéotomie pour cause de croup chez l'adulte, l'un chez une femme de vingt-six ans, l'autre sur une fille de 17; tous deux appartiennent à M. Trousseau. Or, deux insuccès ne suffisent pas pour ôter tout espoir de réussir dans une troisième tentative; tandis que l'aphorisme était en réalité beaucoup plus décourageant. Il produisait donc un effet tout contraire au sentiment de M. Trousseau lui-même, qui est bien loin d'abandonner l'opération chez les adultes, et qui a seulement tiré de ces deux échecs cette conséquence importante, que chez les adultes il est bien plus nécessaire encore de se hâter que chez les enfants. La raison en est au moins très spécieuse : c'est qu'alors, dit-il, le larynx étant plus large, les phénomènes extrêmes de l'asphyxie se montrent beaucoup plus tard; et lorsqu'ils apparaissent, déjà, dans le plus grand nombre des cas, les fausses membranes ont envahi les rameaux de l'arbre bronchique.

Quoi qu'il en soit, l'opération étant jugée nécessaire, arrive le choix du procédé. Fera-t-on la trachéotomie ou la laryngo-trachéotomie? Cette dernière est plus facile sans doute; mais elle a un inconvénient capital. Dans les cas de croup, l'introduction d'une canule à demeure est une condition indispensable; cette canule, très-volumineuse, doit rester en place au moins six jours et quelquefois cinquante. Ce contact prolongé amène une violente inflammation, de l'infiltration purulente; et presque constamment, dans la trachéotomie, il en résulte la dénudation et la nécrose des cartilages voisins de la plaie. Ici les parties nécrosées s'éliminent aisément et sans rétrécissement appréciable; mais, dans l'autre opération, la nécrose attaquant les cartilages thyroïde et cricoïde, leur élimination fait craindre, ou que le squelette du larynx reste à jamais déformé, ou que la tuméfaction de la muqueuse laryngienne ne cause des accidents orthopnéïques aussi graves que ceux du croup, ou que tout au moins la voix ne reste à jamais compromise. Cela suffirait seul à faire rejeter, dans le cas de croup, la laryngo-trachéotomie; ajoutez que par la trachéotomie on ouvre l'arbre aérien beaucoup plus bas, dans un point que les fausses membranes atteignent toujours plus tard que le larynx, et conséquemment avec plus de chances de pouvoir prévenir, par une médication opportune, l'extension du mal dans les bronches.

Les instruments nécessaires à cette opération sont un bistouri, des pinces à disséquer, des érignes mousses, le dilatateur de M. Bretonneau, un écouvillon consistant en une petite éponge fixée à l'extrémité d'une tige de baleine extrêmement flexible, et enfin la canule. M. Trousseau préfère la canule pleine et courbe de M. Bretonneau, ou la canule bivalve de M. Gendron; mais pour les enfants un peu grands et pour les adultes, il faut toujours choisir la canule double concentrique.

« La canule doit avoir assez de longueur pour que, au moment où on l'introduit immédiatement après l'opération, elle pénètre dans la trachée d'une longueur de 2 centimètres. Cette condition est indispensable, car le second jour de l'opération la tuméfaction de la peau et des tissus intéressés dans l'opération sera telle qu'elle permettra à peine à la canule de pénétrer de 5 à 6 millimètres. Si la canule n'est pas assez longue, elle sort de la trachée dans les secousses de toux, et l'enfant peut être asphyxié. »

Quant à sa largeur, chose plus importante encore,—« pour les enfants de 6 mois à 2 ans, le diamètre de l'ouverture trachéale de la canule devra être de 5 millimètres; de deux à quatre ans, de 6 millimètres; de quatre à six ans, de 7 millimètres; de six à dix ans, de 8 millimètres; pour les adolescents, de 9 millimètres; enfin pour les hommes de très grande taille, de 12 et même 13 millimètres. »

Essayons maintenant de décrire l'opération; nous n'omettrons aucun des détails fournis par l'auteur, tous auront leur prix; car, ainsi qu'on va le voir, son procédé diffère notablement du procédé ordinaire.

L'enfant est couché sur une table, un oreiller roulé placé sous la nuque de manière à faire saillir fortement la partie antérieure du col, circonstance fort essentielle; trois aides au moins sont nécessaires pour l'assujettir et pour seconder l'opérateur. Celui-ci incise rapidement la peau; puis lentement et successivement les tissus qui séparent la peau de la trachée-artère, M. Trousseau fait un précepte formel d'agir ici avec *beaucoup de lenteur;* de ne jamais donner un coup de bistouri sans être sûrement dirigé *par le doigt et par l'œil;* en procédant de la sorte, on voit, dans chaque mouvement inspirateur, les veines thyroïdiennes se gonfler dans la plaie. Quand elles sont placées sur les côtés de la voie que se fait le bistouri, on va en avant; mais si elles se placent sous le tranchant de l'instrument, on les écarte avec les érignes mousses. On arrive donc jusqu'à la trachée, dont on met à nu plusieurs anneaux, et on la divise assez largement et sans difficulté. Cette incision faite, il faut y introduire les deux branches du dilatateur, relever rapidement l'enfant, et attendre quelques instants que la respiration soit entièrement rétablie, et que l'hémorrhagie soit arrêtée.

Mais quelquefois les veines thyroïdiennes des deux côtés s'anastomosent ensemble et forment des espèces de ponts qui se placent en travers de la trachée; il faut alors les couper franchement et ne pas s'arrêter à les lier. Il s'en écoule beaucoup de sang; mais le plus souvent on l'arrête par la pression exercée avec

la pulpe du doigt, d'un côté par l'opérateur, de l'autre par un aide. Cependant on continue d'inciser en se dirigeant sur l'ongle de l'indicateur enfoncé dans la plaie; et en ayant soin d'éponger souvent. La trachée enfin aperçue, on la divise rapidement et l'on introduit le dilatateur. L'hémorrhagie s'arrête à l'instant.

Si enfin il avait fallu couper un grand nombre de veines et que le sang coulât à flots, il faudrait fixer la trachée-artère entre le bord cubital de l'indicateur et le bord radial du médius, enfoncés jusqu'à la colonne vertébrale; inciser la trachée nettement et rapidement de bas en haut, puis introduire à l'instant même le dilatateur; ce qui suffit à arrêter l'hémorrhagie.

Ordinairement, aussitôt la trachée ouverte et dilatée, la respiration devient très facile. Si l'on a affaire, dans ce cas, à un enfant vigoureux, qui ait énergiquement expulsé les fausses membranes contenues dans les canaux aériens, on ne place pas tout de suite la canule; mais auparavant on instille dans la trachée à deux ou trois reprises, 15 ou 20 gouttes de la solution suivante:

Nitrate d'argent..... 30 centigrammes.
Eau distillée........ 30 grammes.

Ou bien si l'on a lieu de penser que le larynx seul est pris, on se borne à promener dans la trachée l'écouvillon imbibé d'une solution très concentrée, par exemple :

Nitrate d'argent....... 1 gramme.
Eau distillée.......... 5 grammes.

Après quoi seulement on introduit la canule.

Voilà pour les cas où la respiration est redevenue libre; si elle reste embarrassée, c'est que quelques caillots de sang ou des fausses membranes remplissent les principales bronches. Dans l'un et l'autre cas, on injecte dans la trachée quelques gouttes d'eau froide; et l'on parcourt rapidement la trachée avec l'écouvillon. Cette manœuvre, répétée au besoin une ou plusieurs fois, suffit pour l'ordinaire; quelquefois pourtant les fausses membranes restent fixées par les racines qu'elles ont jetées dans le poumon, en même temps que leur partie supérieure est rompue et flottante. On peut alors essayer de les saisir avec une pince entre les lèvres de la plaie, et d'exercer sur elles de très légères tractions pour les extraire sans les rompre. Tout ceci se fait en tenant la plaie ouverte à l'aide du dilatateur, que l'on remplace enfin par la canule; et l'opération est terminée.

C'est ainsi que M. Trousseau se comporte dans tous les cas où le croup est arrivé à sa période extrême. La raison de cette conduite est que les solutions cathérétiques, appliquées sur les fausses membranes flottantes des bronches, en détermineraient la coagulation immédiate; d'où l'oblitération des canaux aériens, et l'asphyxie subite et irrémédiable. D'où l'on voit que ces applications ne conviennent que sur la muqueuse libre de fausses membranes, et en vue d'en prévenir le développement.

Revenons maintenant sur quelques particularités du procédé opératoire.

Le premier point qui mérite attention est la lenteur expressément recommandée dans le deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire dans la division successive des tissus compris entre la peau et la trachée. Pour l'incision de la peau, pour l'ouverture de la trachée, pas de lenteur, elle est inutile. Pour l'incision intermédiaire, beaucoup de lenteur; viser à la sécurité plus qu'à la célérité, voilà un précepte que nous ne saurions trop louer. « Les chirurgiens qui se piquent de faire l'opération avec une merveilleuse vitesse, et qui plongent hardiment le bistouri dans la trachée pour la diviser de bas en haut dès qu'ils ont terminé l'incision de la peau, finiront par déplorer cette imprudente et inutile célérité, » dit l'auteur; et il raconte qu'il a senti plusieurs fois le tronc innominé battre sous la pulpe du doigt, sous le tranchant du bistouri, et qu'il l'aurait infailliblement divisé s'il avait porté l'instrument sans ménagement dans la commissure inférieure de la plaie. Mais en inclinant la section à gauche, et en écartant tous les tissus avec les doigts et avec l'érigne, il terminait sans crainte et sans accidents ces opérations en apparence si périlleuses.

Un autre précepte qui de prime-abord étonne bien davantage, c'est celui de ne lier aucune veine; car jusqu'à ces derniers temps, l'hémorrhagie avait été l'accident le plus redouté, et M. Récamier avait même recommandé de faire l'opération en deux temps, et de n'ouvrir la trachée que vingt-quatre heures après l'incision des chairs. M. Trousseau répond qu'il a fait jusqu'au 1er juin 1842, 121 *trachéotomies* (aujourd'hui ce chiffre est monté à 127); et qu'il n'a jamais eu besoin de faire aucune ligature. Nous ne savons pas de réponse plus péremptoire. Il arrive, à la vérité, quelquefois que la section des veines donne beaucoup de sang, mais la prompte incision de la trachée l'arrête aussi sûrement que les ligatures, et a encore cet avantage de l'arrêter beaucoup plus vite, attendu que la ligature de toutes les veines béantes exigerait cinq ou six fois plus de temps.

Ce n'était pas seulement en vue de la perte de sang que l'on craignait de laisser les vaisseaux ouverts; on ne redoutait pas moins l'asphyxie par introduction du sang dans la trachée; et tout le monde sait l'expédient auquel eut recours M. Roux en pareille circonstance. « Je n'ai jamais vu, dit M. Trousseau, que cet accident eût la moindre gravité, pourvu que l'on se serve immédiatement d'un

dilatateur qui maintienne béantes les lèvres de la trachée, ou bien que, par un moyen quelconque, on parvienne à introduire tout de suite une large canule; car si, après avoir incisé la trachée, le chirurgien tâtonne et ne peut introduire la canule, dans chaque mouvement d'inspiration le sang s'engouffre dans la trachée-artère; et comme l'air n'y peut pénétrer en même temps, une asphyxie presque immédiate peut en être la conséquence; ajoutez à cela l'hémorrhagie qui continue, parce que la respiration reste toujours gênée. Que si, au contraire, un dilatateur tient ouverte la plaie de la trachée-artère, l'air pénètre avec facilité, rejette puissamment le peu de sang qui s'est introduit; et le retour de la respiration normale faisant cesser l'hémorrhagie, l'introduction du sang n'a plus lieu, et si par hasard quelque peu de sang s'écoule encore en bavant dans les bronches, le malade s'en débarrasse ordinairement tout seul, et quelques écouvillonnements suffisent pour aider à cette répulsion pour peu qu'elle soit difficile. »

Il est rare que d'autres accidents viennent troubler le cours de l'opération. M. Trousseau n'a vu qu'une seule fois le malade mourir, en quelque sorte, entre ses mains et sous le couteau. C'était un homme de 52 ans qu'il opérait pour une affection laryngée; il survint une syncope et des convulsions avant même qu'on eût atteint la trachée; le malade avait été assis sur un fauteuil au lieu d'être couché, et M. Trousseau paraît attribuer quelque influence au choix de cette position, qu'il appelle *une grande faute*. Nous ne saurions véritablement être aussi sévère. Nous avons vu mourir subitement un jeune soldat qu'on se disposait à saigner, et avant même qu'il eût été touché par la lancette; la saignée en perspective avait causé cette mort, comme la trachéotomie commencée a déterminé l'autre; ce sont là des cas extraordinaires, et non des accidents propres à l'opération.

Mais deux accidents dont l'un tient à l'affection et l'autre aux résultats de l'opération même viennent fréquemment effrayer le chirurgien; savoir, l'asphyxie et la syncope.

« J'ai vu plusieurs fois, dit M. Trousseau, l'asphyxie arriver et la respiration cesser pendant l'opération; le malade était dans un état de mort apparent. Je terminais le plus vite possible la trachéotomie, j'introduisais la canule; puis, faisant placer le malade sur le côté s'il s'écoulait du sang dans la trachée, et sur le dos dans le cas contraire, je faisais sur le ventre et sur la poitrine des pressions alternatives qui chassaient l'air de la poitrine et l'y appelaient de nouveau, et tous mes malades sont revenus à la vie. »

« La syncope est un accident beaucoup plus commun. Elle se manifeste ordinairement immédiatement après l'opération, au moment où, la respiration devenant libre, la congestion cérébrale cesse subitement; je l'ai vue durer une fois pendant près d'une heure; jamais elle n'a été mortelle. Je me contente d'instiller de l'eau froide au visage et d'en jeter également quelques gouttes dans la trachée-artère en écouvillonnant un peu vivement; en même temps je fais coucher le malade à plat. »

A ces moyens il ajoute aussi l'introduction dans la trachée de l'extrémité empennée d'une plume à écrire, afin de réveiller la contraction des muscles inspirateurs.

Lorsqu'enfin on a paré à tous les accidents et mis la canule en place, tout n'est pas dit encore, et il faut empêcher la reproduction ou l'extension des fausses membranes; c'est l'objet du traitement consécutif, non moins essentiel que l'opération même.

« Je sais, dit M. Trousseau, que plusieurs de mes confrères ont fait avec bonheur des trachéotomies, en se contentant de changer la canule assez souvent et d'écouvillonner de temps en temps; mais j'ai voulu moi-même savoir à quoi m'en tenir sur l'influence des médications topiques. J'ai traité de suite vingt enfants trachéotomisés sans porter sur la membrane muqueuse de médications cathérétiques; et les résultats ont été si déplorables, que j'ai dû revenir à la médication topique qui m'avait auparavant beaucoup mieux réussi. »

Nous regrettons de ne pas trouver ici exprimés en chiffres exacts ces résultats déplorables; les chiffres ont une puissance de conviction que nulle forme de langage ne saurait ici suppléer. M. Trousseau que nous avons consulté n'a pu qu'imparfaitement réparer cette lacune; attendu que sur ces vingt sujets il y en avait un certain nombre dans un état si désespéré, que l'omission du traitement consécutif avait été une nécessité plutôt qu'une affaire de choix. Au total, sur les vingt malades, deux seulement ont survécu; et nous ne pouvons dire à combien d'autres le traitement aurait été applicable. Quoi qu'il en soit, suivons dans tous ses détails le traitement dicté par une si vaste expérience, appuyée encore de celle de M. Bretonneau.

Quelques mots d'abord sur la canule. Il faut la retirer toutes les fois que la respiration s'embarrasse, quand on a lieu de supposer que cet embarras siége dans la canule même. En général il suffit de la changer deux fois en 24 heures. L'expulsion de fausses membranes, l'abondance des mucosités qui viendraient l'obstruer feraient un devoir d'y revenir plus souvent. Si l'on s'est servi d'une canule à double tuyau, il faut de 3 heures en 3 heures retirer la canule interne, la nettoyer et la replacer aussitôt; cette manœuvre, qui se fait presque à l'insu du malade, rend impos-

sible, à moins de circonstances extraordinaires, l'oblitération du conduit artificiel.

Pendant les deux ou trois premiers jours, au moment où l'on retire la canule, la plaie de la trachée se ferme presque immédiatement et assez complètement pour amener des signes d'asphyxie; aussi faut-il introduire sans délai ou une autre canule ou le dilatateur; et même le dilatateur est fort utile pour remplacer à l'instant une canule par une autre; il évite au malade d'assez vives douleurs. Passé les deux ou trois premiers jours, la plaie reste béante pendant quelques minutes après l'ablation de la canule, que l'on peut alors replacer aisément sans le secours du dilatateur. Vers le 8e jour, l'ouverture se maintient quelquefois pendant une heure; plus tard elle peut persister au même degré pendant un jour entier et même davantage.

Voilà comment la canule doit être gouvernée les premiers jours. Arrivons maintenant à la médication topique.

Si l'enfant est vigoureux, nous avons dit plus haut qu'avant même de placer la canule, il convient de faire deux ou trois instillations de la solution légère de nitrate d'argent, et, dans le cas où le croup ne dépasse pas le larynx, de promener dans la trachée l'écouvillon imbibé de la solution concentrée. Or, ces instillations et ces écouvillonnements doivent être répétés quatre fois le premier jour, trois fois le second et le troisième, une ou deux fois le quatrième, après quoi on peut les cesser. Si le larynx seul est envahi, il suffit des écouvillonnements, répétés d'ailleurs comme il vient d'être dit.

Outre ces cautérisations plus ou moins fortes, il est bon de recourir encore à des instillations d'eau simple et à des écouvillonnements simples. D'abord on devra toujours instiller de l'eau après chaque cautérisation, afin de diviser les mucosités qui auraient pu être coagulées et en faciliter l'expectoration. Mais de plus, si l'expectoration est difficile, on instillera une ou deux fois par heure 8 à 10 gouttes d'eau tiède, en vue toujours de ramollir les mucosités. D'où il suit que si la toux est grasse et l'expectoration facile, ces instillations seront inutiles.

M. Trousseau ajoute encore que, si la respiration est fréquente et *serratique*, c'est-à-dire faisant entendre le bruit de la scie qui coupe la pierre, il conviendra de faire des instillations d'eau tiède immédiatement avant chaque écouvillonnement. Ce précepte n'a vraiment pas grande utilité, puisque, comme l'auteur le dit dans ses aphorismes, la respiration serratique est un signe de mort certaine. Il semblerait d'ailleurs que ces instillations devraient être d'un usage beaucoup plus général, s'il est vrai, comme le dit l'auteur, qu'elles rendent les écouvillonnements plus efficaces.

L'écouvillonnement doit être pratiqué toutes les fois que la canule ou la trachée-artère semblent embarrassées. « Jamais, dit M. Trousseau, il ne cause d'accidents; toujours il est suivi d'un plus grand calme de la respiration, lors même que les enfants sont à leurs derniers moments, et que l'éponge n'entraîne ni mucosités ni fausses membranes. » Cet écouvillonnement n'est jamais plus efficace que quand on le fait après avoir retiré la canule, la plaie étant maintenue béante par le dilatateur; et d'ailleurs le moment où l'on retire la canule doit toujours être mis à profit de préférence, soit pour les instillations de toute nature, soit pour écouvillonner à fond.

On comprend que plus les accidents sont graves et plus l'écouvillonnement est nécessaire. Si l'on entendait dans la trachée un bruit de soupape ou un sifflement particulier, indice de quelques membranes flottantes, il faudrait écouvillonner à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elles fussent détachées et expulsées.

Quand enfin, à l'aide de tous ces moyens, la maladie semble marcher vers une solution favorable, une nouvelle thérapeutique commence, qui doit tendre à cicatriser la plaie.

Donc, à partir du 4e ou du 5e jour, il ne faut pas craindre de laisser la canule s'embarrasser un peu, afin que l'air, en faisant effort contre le larynx, déplace les mucosités et les fausses membranes et se rouvre la voie naturelle. On peut ainsi mesurer assez bien le degré de perméabilité du larynx: chose d'autant plus importante, que *le précepte capital dans la trachéotomie est de retirer la canule le plus tôt possible.*

« Si l'on a vu que l'air passait un peu par le larynx, on introduit une canule nouvelle que l'on oblitère complètement avec un petit bouchon de liége. Pendant les premières minutes la respiration semble se faire aisément, quand bien même le passage de l'air serait insuffisant; mais peu après la respiration devient anxieuse, et l'enfant mourrait asphyxié si l'on ne levait l'obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'air. Que si la respiration reste peu gênée, on laisse le bouchon dans la canule; et quelques efforts de toux en poussant l'air expiré et les mucosités contre le larynx détachent les fausses membranes, et la voie devient beaucoup plus libre. De jour en jour on rétrécit le calibre de la canule, et on l'enlève définitivement quand le malade peut respirer complètement la canule restant fermée.

« Dès que la canule est enlevée, on rapproche avec du taffetas d'Angleterre les bords de la plaie. Ce pansement que l'on renouvelle deux ou trois fois par jour suffit dans le plus grand nombre des cas. Peu de jours suffi-

sent ordinairement pour que la plaie de la trachée-artère se ferme complètement; reste alors la solution de continuité des tissus profonds et de la peau, qui ne tarde pas à se cicatriser en laissant une cicatrice peu difforme.

« Une seule fois j'ai pu ôter définitivement la canule au bout de quatre jours; quelquefois du 6e au 8e; ordinairement du 10e au 13e jour; une fois le 42e jour; une fois enfin le 53e jour. Quand il ne survient pas d'accidents, la liberté du larynx se rétablit donc du 4e au 13e jour.

« Je n'ai pas encore vu une seule fois persister une fistule aérienne après la trachéotomie. »

Ces résultats ont une haute valeur scientifique; car M. Trousseau n'est pas seulement l'opérateur qui a le plus souvent pratiqué la trachéotomie, il est encore l'un de ceux qui ont sauvé le plus de malades.

Nous aurions désiré peut-être qu'il eût donné des chiffres au lieu de ses évaluations; et nous aurions également aimé à savoir à quelle distance de l'opération il meurt le plus et le moins d'opérés. Arrivons cependant à la statistique des succès et des revers, chez des sujets traités par la thérapeutique qui vient d'être exposée, et notons d'abord que du nombre total des opérations faites par l'auteur, il en faut défalquer 9, pratiquées pour des laryngites chroniques. Il reste les chiffres suivants :

M. Trousseau,	117 opérés	28 guéris.
M. Bretonneau,	20	6
M. Velpeau,	10	2
M. Petel,	6	3
M. Leclerc,	2	1
Total	155 opérés	40 guéris.

Ce qui fait un peu plus d'un sujet guéri sur quatre opérés. Il eût été intéressant, comme le dit M. Trousseau lui-même, de comparer ces résultats avec ceux qu'aurait donnés l'opération sans les cautérisations consécutives; et tout au moins est-il juste de rappeler qu'en ôtant de son chiffre total les 20 opérés qui n'ont donné que 2 succès, la proportion réelle des guérisons obtenues ou favorisées par le traitement consécutif est de 26 sur 97.

Il est certain d'ailleurs que la trachéotomie n'a pas aussi bien réussi à d'autres chirurgiens; et si véritablement la cause en doit être attribuée à l'absence du traitement consécutif, jamais plus belle consécration d'une méthode quelconque ne fut donnée par les chiffres.

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1839, M. Baudelocque annonçait que, sur quinze sujets opérés à l'hôpital des Enfans, pas un n'avait survécu à l'opération. En 1840 et 1841, M. Becquerel a compté neuf insuccès consécutifs dans le même hôpital; il paraît, d'après M. Boudet, qu'un dixième essai fut enfin plus heureux. Dans la discussion déjà citée, M. Roux disait qu'il avait eu, sur 4 opérations, 4 morts; M. Blandin, sur 5 opérations, 5 morts; M. Velpeau, sur 6 opérations, 6 morts; M. Amussat, sur 6 opérations, 6 morts; et cette effrayante nécrologie n'était interrompue que par les résultats très-remarquables de M. Gerdy, qui enfin, sur 6 cas, avait obtenu 4 guérisons.

Depuis lors, M. Boudet a mentionné deux opérations faites à Montmartre par M. Loyseau, toutes deux suivies de mort; et récemment M. Guersent s'applaudissait, à la Société de médecine pratique, d'avoir sauvé deux opérés sur 27. Un des insuccès de M. Guersent appartient à la série observée par M. Becquerel; mais on peut le remplacer par un autre insuccès de M. Gendron, qui fut même l'origine de la discussion académique; et l'on obtient de cette manière un total de 81 trachéotomies ayant donné 74 morts, ou plus des 10/11es. Entre ce tableau funèbre et celui de M. Trousseau, il y a une différence immense; et comme le nom seul des opérateurs cités ne laisse aucun doute sur l'habileté de l'exécution, les seules causes sensibles de cette différence sont dans l'emploi du traitement consécutif, et peut-être aussi dans le meilleur choix du moment propice à l'opération.

Nous complèterons cet article en reproduisant les principaux aphorismes dans lesquels M. Trousseau règle le pronostic après l'opération. Nous en avons déjà détaché quelques-uns pour un autre objet; et puisque l'ordre adopté par l'auteur s'est ainsi trouvé dérangé, nous userons de la même liberté pour le classement de ceux qui restent.

« 1° Si l'enfant est sujet aux catarrhes chroniques, et s'il était enrhumé depuis quelque temps lorsqu'il a été pris du croup, la trachéotomie réussit mieux.

« 2° Si, immédiatement après l'opération, la respiration devient très fréquente, l'enfant ne toussant pas ou toussant peu, c'est un mauvais signe.

« 3° Plus rapide et plus énergique est l'inflammation qui envahit la plaie, plus nombreuses sont les chances de guérison; l'affaissement subit de la plaie est un signe mortel.

« 4° Les enfants pris de convulsion meurent.

« 5° Si, le troisième jour après la trachéotomie, l'expectoration devient muqueuse et catarrhale, les enfants guérissent; si elle est nulle ou séreuse, ou semblable à de petits morceaux de gomme arabique à demi desséchés, ils meurent

« 6° L'augmentation de la fièvre après le quatrième jour, l'agitation, l'affaissement de la plaie et la sécheresse de la trachée, la fréquence des mouvements respiratoires et des

efforts de toux annoncent l'invasion d'une pneumonie qui, d'abord lobulaire, devient quelquefois pseudo-lobaire, et doit être traitée par les moyens que l'on oppose ordinairement à la pneumonie des enfants; il faut toutefois exclure du traitement les vésicatoires, qui trop souvent se recouvrent de fausses membranes.

«7° Quand, après le dixième jour, les boissons passent presque tout entières du pharynx dans le larynx et dans la trachée, quoiqu'elles soient facilement rejetées, les malades meurent le plus souvent. »

Nouvelle opération pour la cure des opacités de la cornée, *par* M. Malgaigne.

M. Malgaigne a adressé à l'Académie des sciences la lettre suivante :

« Je désire informer l'Académie d'un fait nouveau, d'une application nouvelle, en un mot d'une opération qui aurait pour but et pour effet de rendre tributaire de l'art des affections jusqu'à présent regardées comme incurables.

« Lorsque les taches de la cornée datent de longues années et qu'elles ont résisté à toutes les applications médicamenteuses, la chirurgie a confessé jusqu'ici son impuissance.

« Des autopsies nombreuses m'avaient montré que, le plus ordinairement, ces taches n'occupent que les couches extérieures de la cornée, les couches internes demeurant transparentes. Dès lors il y avait lieu de se demander s'il ne serait pas possible d'enlever avec le bistouri les couches compromises; mais une objection grave s'élevait alors; la cicatrice ne serait-elle pas autant ou plus opaque que les taches primitives?

« J'ai fait des expériences sur des animaux vivants; j'ai disséqué environ la moitié de l'épaisseur de la cornée, et j'ai obtenu une cicatrice parfaitement transparente. Voilà le fait nouveau désormais acquis à la science.

» Rassuré sur ce point, j'ai cru pouvoir dès lors en tenter l'application sur l'homme; déjà une première opération a été faite sur une jeune fille de l'hôpital des Cliniques, où j'ai l'honneur de suppléer M. J. Cloquet; aussitôt la dissection achevée, la malade s'est écriée qu'elle voyait. Je me borne pour l'instant à rendre compte de ces premiers essais à l'Académie, me réservant de lui faire connaître les résultats que donneront ces opérations. »

Depuis la communication de cette lettre, une deuxième opération a été faite dans le même hôpital ; nous tiendrons soigneusement nos lecteurs au courant des résultats.

Sur l'infection purulente, par M. Sédillot.

On sait combien la théorie de l'infection purulente est encore obscure, et nous aurons à rendre compte, dans notre prochaine revue, d'une grave et importante discussion élevée sur ce sujet entre M. Blandin et M. Tessier, représentants principaux des deux doctrines qui comptent aujourd'hui le plus de partisans.

Mais, tandis que les deux théories de l'infection et de la diathèse débattent si vivement ce grand et difficile problème, voici M. Sédillot qui se propose de le résoudre, à l'aide de ce que lui-même appelle *une hypothèse.* Il est vrai qu'un peu plus loin cette hypothèse est présentée comme *la vérité à l'état d'ébauche;* et plus loin encore l'auteur, prenant plus de confiance, déclare que, *malgré les difficultés de la preuve en médecine, il ne désespère pas de voir* les chirurgiens *partager un jour son opinion.* Quelle est donc cette hypothèse, ou si l'on veut cette vérité à l'état d'ébauche?

« J'ai cru remarquer, dit l'auteur, la coexistence d'une fonte ulcéreuse et gangréneuse des parties frappées de suppuration, dans tous les cas d'infection purulente; et les détritus des tissus, détachés et absorbés avec le pus, m'ont paru la principale cause de la maladie. »

En vertu de cette théorie, aux moyens ordinairement employés pour prévenir ou combattre cette terrible affection, M. Sédillot ajoute les pansements avec l'onguent Styrax; et il rapporte une observation dans laquelle l'onguent Styrax a arrêté le cours d'une infection purulente. Nous doutons fort que, malgré la difficulté de la preuve, et peut-être aussi à cause de la difficulté de la preuve, les chirurgiens du XIX^e siècle soient disposés à reconnaître tant de vertu à l'onguent Styrax.

(*Annales de la chirurgie française et étrangère,* février 1843.)

Extraction d'une aiguille engagée dans le canal de l'urètre, *par* M. Dieffenbach.

Il y a quelques mois qu'un malade se présenta dans l'un des hôpitaux de Paris, pour se faire extraire une épingle fort imprudemment engagée dans l'urètre. Après diverses tentatives infructueuses pour aller saisir l'épingle dans le canal même, le chirurgien eut recours à la boutonnière; l'épingle fut extraite et le sujet guéri. On ne saurait nier les graves difficultés que présentent les cas de ce genre; et la boutonnière est en effet la dernière ressource de l'art. La question était de savoir s'il n'y aurait pas quelque moyen de l'éviter, et d'arriver à l'extraction avec moins de fatigue pour le chirurgien et moins de douleur pour le malade; l'observation suivante de M. Dieffenbach nous montre ce moyen nouveau déjà mis en pratique avec succès; elle offrira donc un véritable intérêt aux praticiens.

Il y a environ un an que M. Dieffenbach

fut appelé près d'un garçon de 14 ans, qui lui avoua avec larmes et sanglots qu'il s'était introduit une grosse aiguille, la tête la première, dans le canal de l'urètre, et que cette aiguille lui étant échappée s'était engagée plus avant. Depuis lors il éprouvait des douleurs lancinantes dans le petit bassin près de l'anus; néanmoins il avait pu plusieurs fois rendre de l'urine, mais avec exaspération des douleurs et en petite quantité. M. Dieffenbach examina les parties avec le plus grand soin; mais il ne put rien découvrir à travers les téguments qui lui fit soupçonner le siége de l'aiguille. Pourtant, comme dans ces investigations il s'aperçut que la douleur siégeait toujours au même point et semblait augmenter sous certaines pressions, il conjectura que l'aiguille devait être solidement fixée par sa pointe. Dans cet état de choses, il était fort difficile avec des instruments d'aller saisir cette aiguille ainsi fichée par la pointe; et, d'un autre côté, en la saisissant dans une direction oblique, on devait craindre qu'il fût impossible de l'extraire sans que l'instrument glissât ou sans que la pointe de l'aiguille vînt labourer les tissus; le chirurgien imagina sur-le-champ un autre moyen d'extraction. Il lui était arrivé souvent d'extraire des aiguilles engagées sous la peau sans aucune opération, mais tout simplement en pressant sur la tête au moyen d'un pli fait à la peau, de façon à faire saillir la pointe. Il résolut d'appliquer ce procédé au cas actuel. Le malade étant donc placé comme pour l'opération de la taille, et le scrotum soulevé par un aide, l'opérateur appliqua fortement le pouce de la main gauche sur le périnée dans une direction transversale, de façon à déterminer une sorte de soulèvement de la peau du côté de l'anus. En même temps l'indicateur droit bien huilé fut introduit dans le rectum, et ne tarda pas à sentir dans le col de la vessie la tête de l'aiguille qui y faisait saillie. Alors pressant aussi fortement que possible sur cette tête, tandis que le doigt appliqué sur le périnée comprimait en sens inverse, il parvint à faire sortir au périnée de deux millimètres environ la pointe de l'aiguille, qui fut ensuite saisie et extraite avec une pince. Cette aiguille avait 2 centimètres 1/4 de long, et était déjà altérée par le contact de l'urine. Les douleurs cessèrent à l'instant, et le malade fut immédiatement guéri, sans que l'on eût besoin de recourir à aucun traitement.

(*Casper's Wochenschrift*, nº 42.)

Obstétrique.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, *provoqué à l'aide du tampon*, *par le professeur* SCHOELLER, *de Berlin.*

L'espèce de tampon qu'on pousse à la partie supérieure du vagin pour soutenir l'éponge préparée introduite dans le col, quand on veut provoquer l'accouchement avant terme par la méthode de Kluge, n'est certainement point étranger au développement de la contractilité utérine. Telle a sans doute été la pensée de Schœller lorsqu'il a proposé l'application pure et simple du tampon pour provoquer l'accouchement prématuré. Cette méthode, plus simple encore que celle de Kluge, et d'un emploi plus facile surtout chez les femmes primipares, n'a été soumise jusqu'ici qu'à un petit nombre d'épreuves. Nous croyons donc utile de faire connaître le cas suivant, où tout a été conduit et exécuté par Schœller lui-même, en présence du professeur F. C. Naegelé.

Ottilia Strubel, 30 ans, brune, de force moyenne, d'une bonne santé habituelle, n'ayant eu d'autres maladies qu'une fièvre intermittente et une fièvre nerveuse en 1816, menstruée toutes les trois semaines depuis l'âge de 14 ans, accoucha pour la première fois en avril 1841. L'enfant présentait les fesses, et l'on dut, à cause de l'insuffisance, des douleurs, procéder à l'extraction; la tête ne put être extraite sans de grandes difficultés; le pariétal gauche fut fracturé. L'enfant pesait 5 livres 6 onces et demie. Cette femme, enceinte de nouveau, avait eu ses règles pour la dernière fois le 4 février 1842, et l'époque présumée de son accouchement pouvait être fixée approximativement au 11 novembre. L'abdomen était régulièrement développé, la portion vaginale du col haute; la tête, à gauche et en avant, était très-élevée. Le petit diamètre du détroit supérieur, mesuré à l'aide du doigt, fut estimé à 3 pouces 2 à 3 lignes. Le tampon fut appliqué le 11 octobre à 8 heures du soir, et de temps en temps quelques frictions furent faites sur le ventre. A diverses reprises pendant la nuit, il y eut durcissement et érection du globe utérin. — Le 12 à 10 heures du matin, le tampon fut ôté, puis réappliqué, en présence des élèves de la clinique de Heidelberg, avec le spéculum de Fricke. On avait déjà trouvé l'orifice interne ouvert. — A 8 heures du soir le tampon fut retiré. L'orifice interne était dilaté d'un pouce. La nuit suivante, les douleurs devinrent plus fréquentes. Le 13 au matin, la dilatation était de deux pouces; la poche s'engageait à travers l'orifice. A la rupture des membranes, vers midi, il s'écoula une grande quantité d'eau. Les douleurs, suspendues jusqu'à 10 heures du soir, se réveillèrent alors tout à coup, et si fortes que bientôt fut expulsé un enfant dans un état de mort apparente, promptement suivie d'une mort réelle, malgré l'emploi des moyens

usités en pareil cas. Il avait 16 pouces et demi de longueur, et pesait 4 livres 9 onces et demie.—La mort parut avoir été le résultat de la compression exercée sur une circulaire du cordon que l'enfant avait autour du col. La persistance des pulsations fœtales dans toute leur force, alors que la tête était déjà à la vulve, et le dégagement lent des épaules justifient, aux yeux de Schœller, cette manière de voir. Il croit pourtant que la pression exercée sur le pariétal gauche par l'angle sacro-vertébral après l'écoulement des eaux n'a pas été étrangère à ce fâcheux résultat, et nous le croyons aussi d'autant mieux qu'un épanchement sanguin existait au niveau du pariétal comprimé.

On voit par cet exemple ce qu'on peut attendre de l'application d'un simple tampon. L'accouchement, malgré la suppression des douleurs pendant une demi-journée après la rupture des membranes, eut lieu au bout de deux jours, sans beaucoup de fatigue, sans excitation trop forte. Aucun accident ne vint compliquer les couches, et le rétablissement fut prompt et complet. La mort de l'enfant ne saurait être attribuée à la méthode, et toute autre ne l'eût pas préservé davantage. Nous ne redoutons pas plus que Schœller le tampon. Ce que nous avons observé dans un grand nombre de cas où, pour des hémorrhagies utérines, le tampon avait dû être appliqué, ne nous laisse point de doute sur l'innocuité de ce moyen; et, loin de redouter qu'il produise une excitation trop forte, nous craindrions plutôt, comme le professeur de Berlin, que celle qu'il détermine fût insuffisante. Ne concluons rien toutefois avant que l'expérience ait prononcé. Les faits ne tarderont pas sans doute à établir définitivement la valeur de la méthode de Schœller.

Pharmacologie chirurgicale.

TRAITEMENT ARABIQUE.

Dans un mémoire que vient de couronner la Société royale de médecine de Bordeaux, M. Payan fait connaître, sous le nom de *Traitement arabique*, un mode curatif des accidents tertiaires de la syphilis, conservé par tradition à Marseille. Un opiat, des pilules, une tisane sudorifique, et un régime particulier, désigné sous le nom de diète sèche, constituent cette médication.

1° *Opiat arabique.*

Salsepareille pulvérisée..	150 gram.
Squine pulvérisée.......	30 gram.
Coquilles de noisette torréfiées..............	30 gram.
Girofles...............	nos 4
Miel...................	q. s.

Pour un opiat dont la dose sera de 24 à 30 centigrammes, matin et soir.

2° *Pilules arabiques.*

Mercure coulant pur......	30 gram.
Deuto-chlorure de mercure	30 gram.
Pyrèthre pulvérisée......	60 gram.
Agaric pulvérisé.........	60 gram.
Séné....................	60 gram.
Miel.....................	q. s.

Pour former une masse pilulaire avec laquelle on fait des bols de 20 à 30 centigrammes. On en fait prendre deux par jour.

3° La tisane sudorifique est faite avec une décoction de squine et de salsepareille. Le malade ne doit prendre que cette tisane pour *toute boisson*, durant tout le traitement : il en boira un litre ou deux par jour.

4° Le régime sec exige une proscription complète des aliments ordinaires, et ne doit consister qu'en galettes, noix, amandes torréfiées, figues et raisins secs. C'est l'accompagnement indispensable des remèdes.

Cette thérapeutique tant soit peu excentrique est grandement vantée par M. Payan, dans certaines formes tertiaires de la syphilis. Il l'a vu employer, et lui-même s'en est servi bon nombre de fois dans cette série d'accidents plus ou moins hideux, qui ont résisté aux traitements ordinaires, ou que l'incurie des malades a lentement amenés à l'état de dégénérescence.

BULLETIN CLINIQUE.

Observation d'avortement subit *à cinq mois environ de grossesse, compliqué d'une déchirure verticale de toute la hauteur et de toute l'épaisseur du col utérin, et suivi d'une hémorrhagie très-promptement mortelle;* par Ant. Danyau.

Les déchirures verticales du col de l'utérus ne sont pas à beaucoup près toujours le résultat de manœuvres mal dirigées ou tentées à une époque trop peu avancée du travail de l'accouchement. Les plus grands et les plus funestes désordres en ce genre peuvent être le produit d'une parturition tout à fait spontanée. Au moment où la tête du fœtus franchit un orifice enflammé, ramolli, sphacélé, induré, altéré enfin plus ou moins

profondément dans une partie de son contour, la partie dont la résistance naturelle est en défaut cède à l'effort excentrique. L'état sain de l'orifice ne le préserve même pas toujours, et quelquefois il suffit qu'il soit en quelque sorte surpris, avant une préparation suffisante, par un brusque effort d'expulsion, pour qu'il se déchire dans une étendue considérable ; tout au plus peut-il échapper alors à la faveur du petit volume de la partie qui le traverse violemment. Aussi de pareils accidents n'ont-ils guère lieu que dans des accouchements au terme ou près du terme de la gestation, et il semble qu'ils soient impossibles dans un avortement à quatre mois et demi ou cinq mois de grossesse. Pourtant je possède une pièce qui en démontre la possibilité. Elle m'a été remise par M. de Castelnau, interne et lauréat des hôpitaux de Paris, dont je n'hésiterais pas à me porter garant, si la position scientifique qu'il a déjà su conquérir n'assurait toute confiance aux renseignements qui suivent, et que je transcris tels qu'ils m'ont été communiqués.

« Paillet (Marguerite), âgée de 34 ans, fut reçue à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Hélène nº 294, le 4 août 1842.

« Cette femme, entrée pour une fièvre typhoïde assez grave, était en convalescence depuis une douzaine de jours, et mangeait deux portions, lorsque, le 10 septembre, elle fut reprise d'un malaise général assez grand, accompagné d'un mouvement fébrile assez prononcé, de céphalalgie et de douleurs dans les lombes. Un examen attentif des différentes fonctions ne fit découvrir aucune lésion locale ; on acquit seulement la certitude que la malade était enceinte, ce que l'on n'avait fait que soupçonner jusqu'alors. L'hôpital renfermant un assez grand nombre de varioles, on pensa que la malade était dans la période prodromique d'une éruption variolique, et l'on se borna à peu près à l'expectation. Cet état durait depuis trois jours, lorsque, le 12 septembre, à quatre heures et demie du soir, elle fut tout à coup prise d'une hémorrhagie grave. Appelé auprès de la malade, je recueillis les renseignements suivants, sur l'exactitude desquels il ne me reste aucun doute.

« Quelques instans avant l'hémorrhagie, la malade avait demandé le bassin à la sœur ; mais, soit qu'on tardât trop à le lui apporter, soit qu'elle eût changé d'avis, elle se dirigea vers les lieux d'aisance, qui se trouvaient à huit ou dix pas de son lit ; elle y était à peine arrivée que la sœur qui lui apportait le bassin l'entendit appeler au secours. On se rendit immédiatement auprès d'elle ; on la trouva pâle, défaite, chancelante ; du sang s'écoulait en abondance sous elle ; on la reconduisit à son lit et l'on vint me chercher. Arrivé près de la malade, je la trouvai décolorée ; un léger tremblement nerveux agitait ses lèvres ; le pouls était le plus souvent insensible, quelquefois filiforme et tremblant ; la peau était froide et des frissons semblaient parcourir le corps ; la malade ne répondait aux questions que par quelques mouvements imperceptibles des lèvres, quelquefois même elle semblait ne pas les entendre. Le lit était inondé de sang ; un caillot sortait par la vulve et se prolongeait dans l'intérieur du vagin ; l'écoulement sanguin était suspendu. L'abdomen était souple, la palpation pratiquée avec modération faisait sentir une tumeur abdominale du même volume et à peu près de la même forme que celle qui existait avant l'hémorrhagie ; l'auscultation ne fut pas pratiquée.

« La malade, interrogée sur la question de savoir si elle avait rendu quelque chose par les parties génitales, répondit toujours négativement ; elle dit n'avoir rien éprouvé qui ressemblât à un avortement (elle en avait déjà eu un quelques années auparavant.) M'étant transporté aux lieux d'aisance, je ne trouvai des traces de sang qu'à un pas de distance de l'orifice, mais rien sur les bords ni dans l'orifice lui-même.

« Je prescrivis de la limonade sulfurique, des compresses froides sur l'hypogastre et à la vulve, et des manuluves sinapisés.

« Après dix minutes, la chaleur se rétablit un peu ainsi que le pouls ; la malade revint tout à fait à elle, et répéta de vive voix les mêmes renseignements qu'elle n'avait donnés que par signes. Je la quittai alors.

« Environ vingt minutes ou une demi-heure après, on vint encore me chercher ; l'hémorrhagie s'était reproduite avec une nouvelle intensité. La malade était en syncope ; elle succomba trois ou quatre minutes après mon arrivée.

« A l'autopsie, on trouva l'utérus rempli par un caillot du poids d'environ 750 grammes. Un autre caillot, pesant à peu près 500 grammes, existait dans un foyer sous-péritonéal, formé dans le tissu cellulaire du bassin. — L'intestin grêle offrait de nombreuses cicatrices d'ulcérations intestinales récentes. Tous les autres organes étaient sains, mais presque complètement exsangues. »

La pièce m'avait été remise intacte, et l'examen attentif que j'en fis aussitôt me permit de reconnaître exactement les lésions qui avaient produit une mort si rapide. Cette pièce se composait de l'utérus avec toutes ses dépendances et la partie supérieure du vagin. Sur la partie latérale gauche existait une poche fermée par l'écartement des feuillets du ligament large, maintenant affaissée, mais contenant encore du sang coagulé, dont la couleur se laissait voir à travers la transparence du péritoine. L'utérus avait à peu de chose près le volume qu'on lui trouve chez les

femmes qui succombent dans les premiers jours des couches. Il en avait tout à fait l'aspect et la consistance. L'utérus et le vagin ayant été fendus dans toute leur hauteur en arrière, je pus reconnaître qu'il existait sur la partie latérale gauche une vaste déchirure, qui intéressait toute la hauteur du col, à partir de l'orifice interne, et comprenait même la partie supérieure du vagin. Elle n'avait pas moins de 10 centimètres de longueur, et conduisait dans la poche formée entre les feuillets du ligament large. En dégageant avec précaution les caillots qui étaient à l'entrée du foyer, je trouvai à nu au milieu d'eux une artère du volume d'une plume de corbeau, l'une des principales branches de l'artère utérine, sur le trajet de laquelle existait une ouverture arrondie qui pouvait recevoir une grosse tête d'épingle : ouverture qui semblait résulter du détachement d'un gros rameau à son point même d'origine. Outre cette déchirure principale, il y en avait d'autres de peu d'importance, ou qui du moins ne pouvaient pas être la source d'accidents bien graves : une en avant et à droite, commençant à quelque distance au-dessous de l'orifice interne et s'étendant un peu au-delà de l'externe ; elle avait 4 centimètres et demi de longueur ; une seconde, de 18 millimètres seulement, en avant entre les deux orifices ; deux enfin à la partie antérieure du vagin, une de 12 à 13 millimètres, l'autre de plus de 6 centimètres de longueur. Ces quatre déchirures ne s'étendaient pas au delà de la muqueuse et du tissu immédiatement sous-jacent. Je mesurai alors la hauteur et l'épaisseur des parois de l'utérus. Du fond à la partie inférieure du col, il y avait 19 centimètres, et les parois avaient 3 centimètres vers la partie moyenne du corps. Sur la tranche, on remarquait la coupe des nombreux vaisseaux qui parcourent la matrice dans l'état de grossesse. Le tissu, devenu manifestement musculaire, avait tous les caractères qui appartiennent au tissu propre de l'utérus gravide. Sur les deux côtés renversés de la paroi postérieure, à l'union du corps avec le fond, existaient les traces de l'implantation d'un placenta récemment détaché. Enfin, dans l'ovaire gauche se trouvait un corps jaune dont la cavité intérieure n'était pas encore complètement effacée, et sur lequel on voyait encore le trajet qui conduisait de cette cavité à la cicatrice extérieure.

Si l'on se rappelle qu'il ne fut trouvé aucun produit ou débris de produit de conception, soit sur la couche de cette femme, soit dans les lieux d'aisance, soit dans le trajet des lieux à son lit, et qu'on ne rencontra non plus, à l'autopsie, que des caillots dans l'utérus, on ne s'étonnera pas du soin que nous avons pris d'accumuler toutes les preuves propres à ne laisser aucun doute sur l'existence réelle d'une grossesse qui n'avait point été recherchée attentivement, et par conséquent n'avait pu être positivement reconnue pendant la vie. Cette femme était bien certainement enceinte, et il me paraît infiniment probable que l'œuf est tombé dans la fosse d'aisance au moment où elle se livrait à des efforts qu'elle a pu croire sollicités par le besoin d'évacuer des matières fécales, et qui l'étaient au contraire par des contractions utérines. Toutefois il a fallu que ces contractions fussent bien violentes pour produire une expulsion si brusque et un si grand désordre. Encore ne m'expliquerais-je pas l'énorme déchirure qui a eu lieu, si je n'admettais, circonstance fort admissible même à cinq mois de grossesse, que l'œuf a été expulsé entier. Dans cet état d'intégrité, son volume égale au moins celui de la tête d'un fœtus à terme, et l'on comprend qu'il puisse alors produire des déchirures que l'on n'aurait point à craindre de l'expulsion isolée de ses différentes parties.

L'examen attentif du tissu utérin aux environs de la déchirure et dans les autres points du col ou du corps, ne m'a fait reconnaître aucune altération particulière, si ce n'est l'état de flaccidité qu'on observe quelquefois à la suite des grandes hémorrhagies utérines. La fièvre typhoïde à laquelle cette femme avait échappé avait bien pu toutefois diminuer chez elle la cohésion des tissus et en particulier du tissu utérin, et c'est là une prédisposition que je suis loin de vouloir nier. Deux circonstances se seraient donc réunies pour produire le résultat fatal que nous avons constaté, une force de résistance moindre du tissu de la matrice et l'expulsion violente d'un œuf resté entier à travers un orifice surpris et non préparé.

La pièce que j'ai décrite se rapporte à un fait assez rare et m'a paru d'ailleurs assez remarquable par elle-même pour que j'aie cru devoir la faire représenter. Elle a été reproduite par M. le docteur Félix Thibert avec cette exactitude de formes et cette vérité de couleurs qui donnent à ses pièces d'anatomie pathologique un si haut degré de perfection. Elle fait partie du riche musée qu'il expose rue du Montparnasse, 8.

BIBLIOGRAPHIE.

DE CIRCUMVOLUTIONIBUS FUNICULI UMBILICALIS FOETUS VITÆ HAUD RARO INFESTIS. *Dissert. inaug. Auct.* G. A. MAYER. *Heidelbergæ*, 1842.

L'auteur de cette dissertation reconnaît que le sujet lui en a été inspiré par son maître, M. le docteur Nægelé fils, à qui il doit la communication des résultats importants fournis par quatorze années d'observations à la

Maternité de Heidelberg, et l'indication des recherches bibliographiques dont il a enrichi son opuscule. Après d'intéressants détails statistiques sur la fréquence relative et le nombre des circulaires du cordon, sur leur formation plus ou moins fréquente autour de telle ou telle partie du corps du fœtus, sur leur degré de tension et sur la constriction variable des parties embrassées, sur la longueur des cordons entortillés, Mayer réfute tout ce qui a été dit des signes à l'aide desquels on peut reconnaître la brièveté du cordon résultant de l'existence de circulaires plus ou moins nombreux; mais le souffle du cordon a pour lui une tout autre valeur. Sur ce point il partage entièrement l'opinion de son maître, qui voit dans ce souffle un signe certain d'entortillement, ou au moins de la situation du cordon entre le dos du fœtus et les parois utérines. Nous dirons toutefois que nous avons conçu dès le principe, et nous conservons encore, sur l'infaillibilité de ce nouveau signe, des doutes qui vont croissant à mesure que nos observations se multiplient.

Mayer rejette beaucoup des prétendus effets de la brièveté du cordon. Il n'en pense pas moins que la présence des circulaires est souvent pour le fœtus une cause de mort. Ce résultat fâcheux s'explique, suivant lui, dans le cas de circulaires autour du col, par la compression que le cordon subit, dans les présentations du sommet, entre le col de l'enfant et le bassin de la mère; et dans celles de la face, entre la nuque et l'occiput. Ces effets nous paraissent fort admissibles; la contraction spasmodique de l'orifice utérin ne nous paraît pas non plus, en pareil cas, innocente. Quant à la constriction trop forte du vagin ou de la vulve, nous ne pensons pas, comme l'auteur, qu'elle puisse, dans la circonstance présente, apporter un obstacle sérieux ou suffisamment prolongé à la circulation du sang dans le cordon. En définitive l'entortillement prédisposerait à un accident que peut d'ailleurs produire un simple commencement de procidence, c'est-à-dire à la compression du cordon, compression souvent méconnue parce qu'il n'est aucun signe, pas même, suivant nous, le souffle signalé par Nægelé fils, qui la fasse reconnaître sûrement. L'explication de ce professeur sur les dangers des circulaires une fois admise, on ne saurait méconnaître l'intérêt du relevé suivant :

En 14 ans, de 1828 à 1841, sur 3587 accouchements qui ont eu lieu à la clinique de Heidelberg, 685 enfants sont nés entourés de circulaires, dont 564 vivants, 72 dans un état d'asphyxie qui a été dissipé par des moyens appropriés, 49 morts.—31 avaient succombé à d'autres causes qu'à l'entortillement du cordon; mais chez les 18aut res l'entortillement avait été la cause unique de la mort.

L'intérêt si éminemment pratique du sujet traité par Mayer explique la longueur que nous avons donnée à l'analyse d'une simple thèse. Cet opuscule est du nombre de ces dissertations inaugurales qui survivent à la circonstance pour laquelle elles ont été composées. A. D.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—Après une longue et orageuse discussion en comité secret qui n'a pas occupé moins de trois séances, l'Académie a procédé, le 3 avril, à la nomination d'un membre dans la section de chirurgie. Avant l'ouverture du scrutin, M. Amussat avait écrit qu'il se désistait de sa candidature.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 58:

M. Velpeau a eu......... 20 voix;
M. Civiale.............. 15
M. Lallemand........... 14
M. Lisfranc a eu 6 voix, M. Ribes 1; 1 bulletin nul.

Au 2e tour, nombre de votants, 59;

M. Velpeau a eu......... 26 voix;
M. Lallemand........... 22
M. Civiale.............. 9
Voix perdues.................... 2

Enfin, au ballottage entre MM. Velpeau et Lallemand, le premier a obtenu 33 voix, et le second 26. En conséquence M. Velpeau a été élu membre de l'Académie des sciences.

Dans cette même séance, a été lue une lettre de M. Malgaigne sur une opération nouvelle pour l'ablation des taies de la cornée. Nous l'avons reproduite dans la *Revue Critique*.

Le 10 avril, MM. Flourens et Dumas, s'étant retirés de la commission des prix de médecine et de chirurgie, ont été remplacés par MM. Andral et Velpeau. Cette commission se trouve donc ainsi composée : MM. Breschet, Serres, Duméril, Magendie, Roux, Blainville, Andral et Velpeau.

Académie de médecine. — Dans la séance du 28 mars, M. A. Bérard a montré une pièce pathologique provenant d'une femme de 24 ans, affectée d'un double pied-bot, et à laquelle il avait pratiqué la section du tendon d'Achille il y a 6 mois. Le membre avait été soumis à une extension continue après la division du tendon. A l'autopsie, on trouva ce tendon plus

long de 4 centimètres que l'autre ; la substance intermédiaire était blanchâtre à sa surface et rosée dans son centre où il existe encore des vaisseaux. Par ses extrémités elle adhère intimement aux deux bouts du tendon ; M. Bérard la regarde comme une production nouvelle et non pas seulement comme une transformation du tissu cellulaire voisin.

M. Rochoux remarque à cette occasion que la substance intermédiaire n'est jamais absolument semblable au tissu tendineux primitif : il s'en est assuré à l'aide du microscope.

4 avril. — M. Morel Lavallée a lu un *Essai sur les luxations de la clavicule.* Nous reviendrons sur cet intéressant travail.

11 avril. — M. Dupuy a fait un rapport sur une observation d'*hydrophobie rabique*, qui a donné lieu à une discussion assez importante. Nous en rendrons compte aussitôt que le rapport aura été imprimé.

M. Blandin présente une pièce anatomique qui lui paraît propre à expliquer l'incurabilité de la plupart des fistules vésico-vaginales. On voit en effet sur cette pièce l'un des uretères compris dans la perte de substance, et s'ouvrant non plus dans la vessie, mais dans l'épaisseur de la lèvre supérieure de la fistule. M. Blandin présume que dans les escarrhes produites par la pression de la tête du fœtus, cause commune de ces fistules, l'un des deux uretères (sinon les deux), doit presque toujours se trouver compris dans la perte de substance qui en résulte ; et de là l'impossibilité d'obtenir la réunion des bords incessamment baignés par l'urine qui coule de l'uretère.

— M. Arnott a prononcé, le 14 février dernier, le *Hunterian oration* au collége des chirurgiens de Londres. C'est un discours d'apparat dans lequel revient essentiellement l'éloge de John Hunter ; en y joignant, selon l'occasion, l'éloge des chirurgiens de renom morts dans l'année précédente. Ainsi l'année dernière la chirurgie anglaise déplorait la perte de sir A. Cooper, et cette année celle de Ch. Bell. Nous avons eu nous-mêmes une mort douloureuse à regretter, celle de M. Larrey ; et nous avons vu avec joie le loyal tribut d'hommages payé à cette grande mémoire devant une assemblée anglaise par un orateur anglais.

— En cherchant à apprécier la haute valeur des découvertes de Ch. Bell, M. Arnott a rappelé l'anecdote suivante, rapportée dans la correspondance de Grimm, et qui sera nouvelle pour bon nombre de nos lecteurs :

Un médecin de Paris, en faisant ses visites, rencontra dans la chambre d'un de ses malades un abbé qui jouait aux cartes. Frappé d'une distorsion singulière des traits de la face de l'abbé, il l'interpelle vivement, lui déclare qu'il est en grand danger, qu'il n'a pas un moment à perdre, et qu'il ait sur l'heure à se faire transporter chez lui. L'abbé effrayé retourne en effet à son logis, où pendant plusieurs jours le prudent Esculape le tient à la diète, le saigne, le purge, n'épargne aucun moyen. Cependant ce signe fatal qui l'avait alarmé si vivement persistait avec opiniâtreté. On ne sait jusqu'où auraient été les choses, si le frère du patient, de retour d'un voyage, n'était venu visiter son frère moribond, et n'eût demandé ce qui l'avait réduit en si piteux état. Ne voyez-vous donc pas, lui dirent les assistants, qu'il a la bouche toute de travers ? — Hélas ! répliqua l'autre, mon pauvre frère ! il y a quarante ans qu'il a la bouche ainsi de travers !

On ne savait pas, avant Ch. Bell, distinguer la simple paralysie du nerf facial de la paralysie de la face produite par l'apoplexie, et il n'est pas bien sûr qu'une pareille méprise serait encore impossible aujourd'hui.

— Nous trouvons dans le même discours un document plus sérieux et plus important pour la science. M. B. Phillips s'est occupé depuis quelque temps de recueillir dans les ouvrages anglais et étrangers toutes les observations d'opérations chirurgicales, en notant les résultats ; travail d'une utilité incontestable, mais dont l'auteur a pu prendre l'idée première dans les tableaux dressés pour certaines opérations par M. Velpeau, et avant M. Velpeau par M. Lisfranc. Quoi qu'il en soit, M. Arnott a prié M. Phillips de lui communiquer les résultats de ses recherches touchant l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter ; la somme des cas recueillis jusqu'à présent est de 389, sur lesquels il y a eu 277 guérisons. Les voici répartis selon les artères attaquées :

Artère sous-clavière	80 opérations	46 guérisons.	
— iliaque externe	79 »	62 »	
— carotide	74 »	59 »	
— fémorale	115 »	77 »	
— humérale	30 »	24 »	
Autres artères	13 »	9 »	

Il ne faudrait pas regarder cette statistique comme exacte en tout point ; et, par exemple, celui qui voudrait en induire la fréquence relative des anévrismes sur les diverses artères tomberait à coup sûr dans une grande erreur. Il est aussi fort probable que les cas de succès ont été publiés avec plus d'empressement que les revers, et qu'ainsi la somme des chances défavorables doit être plus forte que ne l'indique le tableau. C'est quelque chose toutefois de savoir déjà que sur 115 ligatures de l'artère fémorale, pour cause d'anévrisme, on a trouvé 36 insuccès, ou environ 1 sur 3 ; et 1 sur 5 pour les ligatures de l'artère humérale.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°. Prix de l'abonnement, 8 fr. par an ; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

MAI 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des affections vénériennes des testicules; *par* Ph. Ricord, *chirurgien de l'hôpital des vénériens.*

Bosquillon a certainement raison lorsqu'il dit, dans sa préface à la traduction de Bell, « qu'il n'y a peut-être pas de maladie dont le diagnostic et la curation exigent plus de jugement et des connaissances plus étendues dans l'art de guérir que la syphilis, vulgairement connue sous le nom de vérole. » En effet, on trouve difficilement dans le cadre nosologique un genre d'affection qui ait été le sujet de plus d'erreurs, soit que ceux qui se sont occupés spécialement des maladies vénériennes aient manqué de connaissances générales, soit que les hommes à prétentions encyclopédiques aient à leur tour manqué de sujets d'observation, ou de temps pour bien observer. Pour se convaincre de ces vérités, il n'est certainement pas besoin de passer en revue l'histoire de la vérole tout entière; le premier chapitre venu peut suffire, comme on le verra pour ce qui a trait aux maladies des testicules dont nous allons nous occuper.

Parmi les accidents variés que peuvent produire les maladies vénériennes, ceux qu'elles déterminent du côté des organes que le scrotum renferme sont au nombre des plus fréquents et des plus graves: aussi ont-ils toujours fixé l'attention des médecins; mais on a été longtemps avant de bien les comprendre, et de se rendre compte de la différence de leur nature par la différence de leur cause. On a souvent confondu, avec les maladies vénériennes des testicules, des affections qui leur étaient absolument étrangères, comme l'a fait entre autres Swédiaur, et comme on a voulu le faire tout récemment encore en Allemagne.

Dans tous les cas, les véritables rapports qui pouvaient exister entre les maladies vénériennes, envisagées d'une manière générale, et les autres maladies des testicules, n'ont pas toujours été bien reconnus et convenablement appréciés; ces maladies se présentant

tour à tour comme causes prédisposantes ou adjuvantes, comme point de départ ou comme complications les unes des autres.

Toutefois, quelles que fussent les variétés de forme, le temps n'est pas encore très éloigné où l'on n'admettait qu'une seule espèce de testicule vénérien, qu'on ne rapportait alors qu'à la blennorrhagie. Cependant les uns, comme Hunter, bien qu'ils crussent à la virulence de la blennorrhagie et à son identité avec le chancre, regardaient cet accident comme non syphilitique, et tout simplement comme un phénomène inflammatoire sympathique. Hunter n'avait jamais observé le testicule syphilitique proprement dit, et, faute de l'avoir reconnu, il en niait l'existence; mais, au moins, pour ce qui avait trait à la maladie dont il parle, il était dans le vrai, en disant que la blennorrhagie ne donne jamais lieu à l'altération syphilitique du testicule.

Swédiaur, qui avait si bien reconnu le siége de la maladie lorsque la blennorrhagie en est la cause, n'admet qu'une seule espèce, qu'il rapporte à la *blennorrhagie virulente* comme cause spécifique, et à laquelle il fait succéder la plupart des maladies connues et non vénériennes des testicules; sans dire un mot de celles qui sont véritablement la conséquence de l'infection syphilitique proprement dite. Mais si on peut pardonner à Swédiaur d'avoir ignoré les différentes manières d'agir du virus syphilitique et de la blennorrhagie, bien qu'il dise que quelques auteurs parlent aussi d'un gonflement des testicules qui arrive quelquefois après la disparition ou le dessèchement des ulcères syphilitiques du prépuce ou du gland, gonflement qui devait être différent, comme nous le verrons plus tard, de celui qu'occasionne la blennorrhagie, et qu'avec un peu plus d'attention et moins de préoccupation théorique il n'aurait pas manqué de reconnaître; il n'est plus permis aujourd'hui, après les différences déjà si bien établies par Bell, et depuis presque passées sous silence, et lorsqu'on a médité les intéressantes observations d'Astley Cooper, de confondre, dans une même espèce et comme se rapportant à une même cause, des affections absolument différentes. Cependant cette confusion étonnante se trouve encore dans quelques ouvrages récemment publiés sur les maladies vénériennes. Mais si les doctrines professées dans certains de ces ouvrages expliquent les erreurs qu'on y débite, on regrette de les rencontrer dans d'autres traités qui, comme celui de M. Lagneau, ont longtemps mérité et méritent encore leur célébrité.

Ce n'est point ici le lieu de revenir sur la classification naturelle que j'ai adoptée dans l'étude des maladies vénériennes, et que mes expériences si positives sur l'inoculation ont définitivement établie. Il me suffira de rappeler qu'il résulte de mes recherches que cette classe de maladies, comme on l'a du reste déjà soutenu, se compose de deux ordres bien distincts: l'un d'affections simplement inflammatoires, non-virulentes; l'autre d'accidents qui sont la conséquence d'un principe spécial, d'un virus.

Eh bien! les maladies réputées vénériennes du testicule ou de ses annexes se rapportant à l'un ou à l'autre de ces ordres, doivent être étudiées à part, car elles sont absolument différentes.

PREMIÈRE PARTIE. — MALADIES VÉNÉRIENNES NON VIRULENTES.

Epididymite blennorrhagique, tumeur vénérienne du testicule, gonflement vénérien des testicules, testicule vénérien, chaudepisse tombée dans les bourses, hernie humorale, orchite blennorrhagique de tous les auteurs, orchite urétrale (Velpeau), *hydrorchite, vaginalite blennorrhagique* (Rochoux), *inflammation des testicules.*

Je n'aime pas en général, et en médecine en particulier, les choses nouvelles qui ne servent à rien, et encore moins celles qui peuvent devenir des sources d'erreurs ou de confusion; j'aurais par conséquent horreur d'une mauvaise nomenclature, et, à côté d'un nom scientifique nouveau, difficile à prononcer et qui n'aurait pas une valeur rigoureuse, je préférerais un nom vulgaire qui ne signifierait rien par lui-même, pourvu qu'on sût ce qu'il veut désigner. Mais toutes les fois qu'une dénomination est précise, qu'elle est en quelque sorte une définition succincte de la chose dénommée, nous devons lui donner

la préférence, et rendre hommage aux hommes qui, comme Lavoisier, ont voulu et veulent encore aujourd'hui, avec raison, donner un sens réel aux mots et aux noms.

C'est d'après ces principes, que j'ai définitivement adopté le nom d'*épididymite blennorrhagique*, comme étant celui qui rend rigoureusement compte de la cause et du siége de la maladie que nous allons étudier : deux circonstances importantes à connaître pour le pronostic et pour le traitement.

La cause *sine quâ non*, la cause jusqu'à un certain point spéciale de l'épididymite blennorrhagique, c'est l'existence actuelle ou récente d'une blennorrhagie urétrale ; mais cette cause pour agir semble le plus souvent favorisée par d'autres causes qu'on peut considérer comme prédisposantes, occasionnelles, ou adjuvantes.

Les épididymes peuvent certainement devenir malades sous l'influence d'une foule de causes, et être le siége de lésions plus ou moins analogues à celles que peut produire une blennorrhagie urétrale ; mais la préexistence, ou la coïncidence d'une urétrite blennorrhagique pendant le cours d'une épididymite, est une circonstance qui, pour tous les praticiens, fait alors de cette maladie, ne serait-ce que pour certaines indications à remplir, une espèce à part.

L'urétrite blennorrhagique qui, quel que soit le traitement employé, doit toujours faire redouter l'épididymite, ne produit peut-être pas cet accident une fois sur cent, ainsi qu'il résulte des nombreux relevés que j'ai été à même de faire à l'hôpital des Vénériens et dans ma pratique privée.

Swédiaur, et ceux qui, avant ou après, ont professé les mêmes idées que lui, croyaient à la nécessité de la blennorrhagie virulente pour la production de la maladie dont nous nous occupons ; mais un fait que j'ai souvent montré aux élèves qui suivent mes leçons cliniques, c'est que l'épididymite blennorrhagique est très rare à la suite des écoulements vraiment syphilitiques, conséquence d'un chancre visible de l'urètre, ou du chancre larvé dévoilé par l'inoculation ; jamais, lorsque l'ulcère urétral à symptômes blennorrhoïdes affecte l'entrée du canal ou se borne à la région balanique, on ne voit survenir d'épididymite ; et ce n'est qu'alors que le chancre est actuellement compliqué d'une véritable blennorrhagie que cet accident a lieu.

A moins de conditions pathologiques antérieures, à moins d'autres causes ou d'une maladie différente qu'on pourrait confondre avec elle, l'inflammation de l'épididyme ne survient que très rarement dans le premier septenaire de l'existence d'un écoulement urétral. C'est après le second septenaire, c'est surtout de la troisième à la sixième semaine que cet accident se montre plus fréquemment. Passé le troisième mois, il devient de plus en plus rare. Toutefois, pour s'assurer de la justesse de ces observations, il ne faut pas s'en rapporter à quelques relevés faits sans précision et sans appréciation de circonstances particulières cependant très importantes à noter, et sur lesquelles nous insisterons plus tard.

Quoi qu'il en soit, tout le monde est d'accord, depuis Hunter, pour convenir que ce n'est presque jamais pendant l'état aigu, dont la durée peut être très variable, que la blennorrhagie produit l'inflammation de l'épididyme. C'est vers le déclin ; mais c'est surtout lorsque l'inflammation urétrale a gagné la partie postérieure du canal, le niveau des vaisseaux éjaculateurs, que l'accident peut survenir. Cette seule condition de la propagation de proche en proche de l'inflammation de l'urètre d'avant en arrière et des voies urinaires aux voies spermatiques suffit ; ou du moins dans un certain nombre de circonstances on n'en trouve pas d'autres qui aient prédisposé ou aidé.

Le plus grand nombre des auteurs classiques considèrent l'épididymite vénérienne comme la conséquence d'une métastase, et surtout d'une métastase par répercussion due à un traitement intempestif. On croirait, à les lire, que la suppression brusque des écoulements, par suite de remèdes mal appliqués, est la cause unique sans laquelle la maladie n'aurait jamais lieu ; ils croient que *c'est parce que la blennorrhagie n'a pas suivi son cours* que les choses se passent ainsi. Eh bien, je puis affirmer que plus tôt on arrête une blennorrhagie et plus tôt on met les malades à l'abri de cet accident.

On peut facilement se convaincre, dans le cours de quelques visites à l'hôpital des Vénériens, que le plus grand nombre des malades affectés d'épididymite sont ceux qui n'ont fait aucun traitement. Mais, comme je l'ai déjà dit, bien que la blennorrhagie produise souvent l'épididymite sans qu'on puisse reconnaître le concours d'aucune autre cause, il arrive plus fréquemment encore que cet accident n'a lieu que dans certaines circonstances faciles à apprécier. Ainsi le relâchement prononcé du scrotum ; le trop de longueur des cordons testiculaires ; la présence d'un varicocèle et un état hémorrhoïdal prononcé ; un fort volume des testicules ; des pertes séminales habituelles, surtout les pollutions nocturnes ; la continence forcée chez des individus qui faisaient habituellement un usage fréquent de femmes ; la masturbation, des excitations vénériennes non satisfaites ; des rapports sexuels intempestifs ; des écarts de régime, et plus particulièrement l'usage des boissons alcooliques et de celles qui, comme la bière et le cidre, ont une influence prononcée sur la blennorrhagie urétrale ; les fatigues de toute espèce, la station prolongée, la marche et en particulier l'exercice à cheval, ainsi que les professions dans lesquelles les membres pelviens sont forcés de beaucoup agir, comme chez les tourneurs ; les efforts pour porter ou soulever des fardeaux ; la constipation habituelle ; la présence d'un calcul dans la vessie ; l'existence d'un rétrécissement urétral ; la rétention forcée ou volontairement prolongée de l'urine, des efforts peu ménagés pour son expulsion ; l'introduction de sondes, de bougies dans l'urètre ; l'usage d'injections dont la nature n'est pas appropriée aux cas particuliers, qui sont ou mal dosées ou mal administrées ; l'action brusque du froid sur le scrotum ; un froissement, une contusion ; la présence d'un bandage herniaire inguinal ; l'omission d'un suspensoir pendant toute la durée d'un écoulement ; le tempérament lymphatique, et à plus forte raison la diathèse tuberculeuse et la préexistence du sarcocèle tuberculeux proprement dit ; une première épididymite, et cela d'autant plus qu'elle est plus récente, etc., constituent autant de causes prédisposantes, occasionnelles ou adjuvantes qui, isolées ou réunies, peuvent avoir une influence plus ou moins prononcée dans la production de la maladie à laquelle elles impriment quelquefois un cachet particulier. Il est des malades, qui, à chaque blennorrhagie dont ils sont affectés, ont une épididymite. J'ai donné des soins à un malade qui, à sept reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés, avait éprouvé cet accident.

Le plus ordinairement un seul épididyme est pris à la fois. M. Lagneau croit qu'il est presque sans exemple que les deux soient affectés en même temps. Cependant, bien que cela soit plus rare, dans le cours de cette année nous avons eu trois exemples à l'hôpital d'épididymites blennorrhagiques des deux côtés à la fois. On voit assez fréquemment la maladie passer d'un côté à l'autre. Quelquefois le second épididyme ne devient malade que lorsque le premier est guéri ; d'autres fois, c'est pendant que la maladie persiste encore dans celui-ci que l'autre s'affecte, et on rencontre beaucoup de sujets chez lesquels il s'établit une sorte de bascule d'un épididyme à l'autre, et cela à plusieurs reprises. Cette pérégrination de l'inflammation se fait, dans quelques circonstances plus rares, au début de la maladie, à la période purement fluxionnaire ; et c'est alors qu'on voit disparaître brusquement le gonflement d'un côté quand celui de l'autre survient.

Cependant la règle générale, contre laquelle s'étaient élevées un moment les quelques observations, du reste, très intéressantes de M. Gaussail, établit que c'est sur le côté gauche que sévit le plus souvent la blennorrhagie. Pour se convaincre de cette vérité, il faut, comme l'a fait M. Aubry dans son mémoire sur l'épididymite blennorrhagique (1), tenir compte des circonstances dans lesquelles la maladie a d'abord débuté d'un côté et s'est ensuite portée sur l'autre, comme je l'ai dit plus haut ; en procédant ainsi on trouve que beaucoup d'épididymites du côté droit ne sont survenues qu'après des épididymites du côté gauche. Toutefois cette fréquence pour le côté gauche, admise par tous les hommes qui ont beaucoup vu, n'a pas toujours été expliquée de la même manière ; on l'a assez généralement attribuée, avec raison dans un grand nombre de circonstances, à la

(1) *Archives de médecine*, mai 1841.

pression que les matières fécales endurcies et accumulées dans l'S iliaque du colon exercent sur les veines spermatiques ; la constipation étant en effet une des conditions qui semblent le plus favoriser la production de la maladie, l'entretenir, ou déterminer des récidives du même côté. Cependant une circonstance m'a paru, dans la grande majorité des cas, avoir plus d'influence que les autres sur le développement de la maladie plutôt d'un côté que de l'autre, et cette circonstance se trouve dans la position naturelle du scrotum : les malades qui portent habituellement les bourses à gauche de la couture du pantalon, et c'est le plus grand nombre, étant les plus sujets à l'épididymite gauche ; tandis que le contraire a lieu pour ceux qui portent du côté opposé. Les exceptions à cette règle sont faciles à expliquer, en tenant compte de l'influence des autres causes, et des cas assez nombreux dans lesquels les malades ne savent réellement pas de quel côté ils dirigent leurs organes génitaux, quelques-uns n'étant jamais à cheval sur la couture de leur pantalon.

Ceux qui avaient cru à la plus grande fréquence de l'épididymite droite pensaient qu'elle était due à l'action des causes extérieures, le testicule droit se trouvant placé en avant du gauche et plus exposé aux contusions, aux froissements, chez la majorité des hommes qui portent à gauche ; mais comme le fait qu'on a voulu expliquer est faux, l'explication, comme le dit avec raison M. Aubry, tombe d'elle-même ; il est bien plus probable que si le testicule droit est moins souvent malade, c'est que, dans la position habituelle des bourses, il est mieux soutenu et a ainsi moins de chances de s'enflammer : ce qui est d'accord avec cette observation devenue vulgaire, que l'usage d'un suspensoire, pendant le cours d'une blennorrhagie, constitue un des meilleurs moyens prophylactiques contre l'épididymite ; je dis un des meilleurs moyens et non un moyen absolu, car il n'empêche pas toujours la maladie d'avoir lieu. Dans quelques cas rares et en apparence contradictoires, où le testicule est retenu dans le canal inguinal, ce qui doit le placer dans des circonstances à peu de chose près analogues à celles qui résultent de l'emploi d'un bon suspensoire, la maladie peut encore survenir. J'ai observé deux épididymites de ce genre et du côté gauche ; et je dois dire que le scrotum, contenant seulement le testicule droit, était encore placé à gauche de la couture du pantalon. Chez un malade auquel j'ai récemment donné des soins, le testicule droit, siége d'une épididymite, était placé au dessous de la peau du périnée et fortement bridé de manière à simuler un phlegmon de la région périnéale ; chez ce malade auquel manquait le côté droit du scrotum, le testicule gauche était placé à droite de la couture du pantalon.

On avait pensé que la main dont se sert habituellement le malade, en donnant une direction relative au torse et à l'action musculaire, pouvait avoir quelque influence sur la détermination du côté devenu malade ; mais les recherches que j'ai faites dans ce sens m'ont conduit à conclure qu'il n'y avait là aucun rapport de causalité.

Les prodromes de l'épididymite blennorrhagique ne sont pas toujours les mêmes. Chez quelques malades, surtout chez ceux qui ne font pas usage d'un suspensoire, les testicules semblent devenir plus lourds, et sont le siége d'un sentiment de *crampe*, que soulagent alors le suspensoire et un certain degré de compression ; quelques sujets sont tourmentés par des érections plus fréquentes, plus prolongées, par des désirs vénériens irrésistibles et par des pollutions nocturnes répétées.

Assez souvent la maladie est précédée de symptômes qui appartiennent à l'inflammation de la portion prostatique de l'urètre et du col de la vessie : embarras de la région périnéale, besoins fréquents et impérieux d'uriner, ténesme vésical. Tantôt, et sans que rien encore ait fixé l'attention sur d'autres points, le seul prélude appréciable est une douleur de la région lombaire, ou plutôt de la région rénale, le plus ordinairement du côté qui va devenir malade ; quelquefois les douleurs s'étendent comme une espèce de ceinture plus ou moins complète, et ressemblent assez bien à celles du rhumatisme, si communes dans ces régions. Il n'est pas rare que la douleur suive le trajet des voies spermatiques, et qu'elle soit surtout plus prononcée dans le canal inguinal. Le plus souvent pourtant c'est l'épididyme qui fait d'abord souffrir.

D'autres fois, les malades sont pris tout à coup de malaises, de lipothymies, de syncopes, sans qu'aucune souffrance locale ait révélé la cause, le point de départ de ces accidents. Sur un assez grand nombre de sujets, le frisson et la fièvre précèdent l'épididymite à des intervalles variés, mais le plus ordinairement très rapprochés du début de la maladie. J'ai vu quelques cas dans lesquels cette fièvre affectait, comme cela a lieu quand elle est symptomatique d'irritation ou d'inflammation du col de la vessie, un type intermittent avant l'apparition de l'épididymite, qui la ramenait le plus ordinairement au type continu. Cependant il n'est pas rare de voir la maladie débuter par l'engorgement de l'épididyme sans que rien l'ait annoncé.

Déjà cet engorgement peut avoir acquis un certain volume que le malade ne s'en est pas encore aperçu. Cela a lieu surtout chez ceux qui ont eu une première épididymite, et qui avaient conservé un certain degré de développement ou d'hypertrophie de l'organe. Dans ces circonstances, la cause qui fait découvrir la maladie est souvent prise pour celle qui lui a donné lieu. On a pu voir une erreur de cette nature, dans un long article de la *Lancette française* sur la constriction que le crémaster pouvait faire éprouver au testicule, constriction qui, disait-on, pouvait devenir la cause *de l'orchite urétrale.*

Dans 12 années de pratique je crois avoir vu autant d'épididymites blennorrhagiques que qui que soit, et je puis affirmer que, jusqu'à présent, je n'ai pas rencontré un seul cas dans lequel le canal déférent fût seul affecté; toujours l'épididyme était malade soit isolément, soit en même temps que le cordon, et dans ce dernier cas, c'est encore par l'épididyme que la maladie avait commencé. Je sais bien que quelques personnes, et M. Cullerier neveu entre autres, ont cru qu'elle pouvait débuter par le canal déférent et s'arrêter à lui; mais les observations qu'on en a rapportées ne sont pas convaincantes; dans celles de M. Cullerier, publiées dans les Bulletins de la Société anatomique, il s'agissait d'une affection tuberculeuse des voies spermatiques et non d'une affection blennorrhagique franche. Ainsi, comme Swédiaur le constata sur lui-même, que le cordon soit affecté ou non, c'est l'épididyme qui prend d'abord de l'accroissement. Cette partie devient de plus en plus consistante, dure; souvent c'est vers la queue, tout à fait en bas du testicule, qu'on voit commencer la maladie. Bientôt l'organe sécréteur du sperme, est comme enchâssé dans une espèce de demi-lune placée le plus ordinairement en arrière, mais quelquefois aussi en avant, dans une variété anatomique signalée par Scarpa et qui a pu devenir une cause d'erreur. J'ai vu un jeune chirurgien, aujourd'hui attaché à un hôpital spécial, prendre l'*épididyme* pour le corps du testicule qu'il crut malade, et commettre cette méprise dans un concours pour le Bureau central des hôpitaux auquel j'assistais comme juge. A mesure que l'épididyme augmente de volume, la douleur prend de plus en plus d'intensité; le poids de l'organe, la moindre pression, deviennent insupportables, et amènent la syncope chez quelques sujets. Il est rare alors que le malade puisse rester debout ou qu'il soit en état de marcher, circonstances qui dans tous les cas exaspèrent la maladie et la font progresser avec une grande activité. Tantôt, ai-je dit, l'épididyme est seulement affecté, d'autres fois le canal déférent est pris en même temps. De là résultent en quelque sorte deux variétés de la maladie qui nous occupe; ainsi, une épididymite qu'on pourrait considérer comme *sympathique*, dans laquelle il n'existe aucune trace d'engorgement, aucun lien matériel entre l'urètre et l'épididyme malade; et une épididymite que j'ai appelée *de succession*, la plus commune de toutes, et dans laquelle on peut presque suivre les progrès de l'inflammation à l'aide de l'induration du canal déférent. Cependant je dois dire que quelques faits récents m'ont porté à croire que, dans l'épididymite sympathique, il y a aussi succession d'inflammation de proche en proche, mais alors seulement sur la membrane interne des conduits du sperme, et sans gonflement de l'enveloppe extérieure.

Lorsque le canal déférent est engorgé, on peut souvent constater du gonflement du côté de la prostate correspondant, en touchant par le rectum; ce gonflement a pour siége

la vésicule séminale et le canal éjaculateur de ce côté. Sans savoir d'avance de quel côté siégeait l'épididymite, j'ai pu, comme recherche de curiosité, la reconnaître en explorant d'abord les parties que je viens d'indiquer. Ces considérations ne sont pas sans importance dans l'étude des maladies de la prostate.

Quoi qu'il en soit, la maladie peut affecter une marche très aiguë, surtout quand les malades ne se sont pas de suite mis au repos, qu'il y a eu défaut de soins ou mauvaise médication, et arriver en peu de temps (quelques heures ou quelques jours) à un très grand développement; ou bien, dans les circonstances opposées, et surtout lorsqu'il s'agit de récidives, elle peut prendre une allure moins vive, être subaiguë, quelquefois même indolente et presque d'emblée à marche chronique.

Si l'on observe ce qui se passe du côté de l'écoulement, à moins que celui-ci ne soit tout à fait sur son déclin, et déjà presque arrêté, on ne le voit jamais se supprimer brusquement, comme on le répète dans presque tous les livres, et comme vous le disent quelques malades sur lesquels on peut encore le constater. On peut affirmer, comme règle générale, que ce n'est pas l'écoulement qui commence à disparaître, mais que c'est l'épididymite qui se développe d'abord; il y a là des phénomènes de véritable révulsion: la maladie la plus aiguë, la plus forte, diminue momentanément la plus faible, mais l'équilibre se rétablit bientôt quand celle-là a atteint son apogée. Cette espèce de bascule entre l'engorgement de l'épididyme et l'écoulement, met un temps plus ou moins long à s'effectuer, et se fait souvent dans des nuances presque inappréciables; il y a même des cas assez nombreux où il est impossible de constater la moindre variation dans l'écoulement.

L'épididymite blennorrhagique est assez ordinairement accompagnée d'un mouvement fébrile, de douleurs plus ou moins prononcées, et qui s'étendent quelquefois le long de la cuisse; de constipation, de vomissements, etc., mais elle peut se borner aux parties dont il vient d'être question, et on doit même considérer comme autant d'épiphénomènes ou de complications ce qui survient dans les parties voisines.

Ainsi, peut-être dans un peu plus de la moitié des cas, il se fait un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Cet épanchement, qui est une des principales conditions du volume qu'offre alors le scrotum, est loin d'en être la cause unique. Il peut manquer complètement ou n'exister que dans de très petites proportions; tout le développement des parties malades étant alors dû au gonflement de l'épididyme ou à l'enflure d'autres tissus voisins. Dans de nombreuses recherches faites à l'hôpital pour constater la présence, la quantité et la qualité du liquide épanché, il m'est arrivé plusieurs fois d'en trouver du côté sain, tandis que du côté de l'épididymite, il n'y en avait pas. La quantité en varie depuis quelques gouttes jusqu'à plusieurs onces. Quant à la qualité du liquide, je ne l'ai jamais trouvée telle qu'elle pût conduire à l'idée d'une inflammation de la séreuse qui l'avait fourni. Dans la très grande majorité des cas, c'était une sérosité citrine, transparente, sans flocons albumineux, sans trace de pus, sans mélange de sang. Lorsqu'on a dit qu'en faisant la ponction de la tunique vaginale dans l'épididymite blennorrhagique, il s'en échappait un liquide sanguinolent, roussâtre, on s'est évidemment souvent trompé, en prenant pour une exhalation sanguine, le mélange qui se fait au moment où la sérosité traverse la plaie saignante qu'on a faite au scrotum. Dans quelques cas, par voisinage, par contiguïté, la tunique vaginale peut bien devenir le siége d'une véritable inflammation, et présenter alors tous les symptômes des inflammations des séreuses, quant aux altérations de tissu et aux sécrétions morbides; mais, je le répète, c'est là une rare exception; car toujours, ou presque toujours, ce qui se passe du côté de la tunique vaginale est plutôt dû à un épanchement symptomatique de l'engorgement de l'épididyme, conséquence d'une gêne dans la circulation, qu'à une vaginalite, comme on l'avait cru un moment. Cet hydrocèle de la tunique vaginale, qui dans ces derniers temps a été le sujet de plus d'une discussion académique et de nombreux articles de journaux, où les opinions d'abord les plus opposées sont venues se fondre dans un juste milieu, constitue un accident qui mérite

beaucoup d'attention, et sur lequel peut-être, avant M. Rochoux, on n'avait pas assez insisté.

Bien que rien n'empêche un hydrocèle de se produire chez un individu actuellement affecté de blennorrhagie, sans que cette affection en soit de nécessité la cause, ce n'est qu'alors qu'il y a déjà un engorgement plus ou moins prononcé de l'épididyme que l'épanchement survient. J'ai pu constater la présence de la sérosité dans la tunique vaginale, dès les premières 24 heures qui ont suivi l'apparition du gonflement de l'épididyme; le plus ordinairement c'est du second au troisième ou quatrième jour que l'épanchement se fait ou commence; il est rare, à moins de recrudescence aiguë, que passé le deuxième septenaire de la durée d'une épididymite on voie survenir l'épanchement pour la première fois. Il a pu disparaître en partie après avoir existé, rester dans de certaines proportions et prendre plus tard de l'accroissement, ou se reproduire quand on l'avait déjà évacué; mais quand il n'a pas eu lieu d'abord, il survient rarement plus tard. La production de l'hydrocèle et son volume ne sont pas toujours en rapport direct avec l'intensité et la gravité de la maladie : le contraire s'observe assez souvent. Je n'ai pas trouvé non plus que l'hydrocèle fût plus fréquent lorsque l'engorgement du canal déférent accompagne l'épididymite.

Quoi qu'il en soit, on peut constater la présence du liquide dans la séreuse du testicule, à l'aide de la fluctuation, que le corps du testicule peut simuler quelquefois; par la transparence, quand la peau et le tissu cellulaire du scrotum ne sont pas affectés; et toujours à l'aide de ponctions exploratrices, dont on a souvent un peu abusé. Lorsque l'épanchement se fait d'une manière brusque, qu'il s'accroît avec rapidité, il est accompagné de douleurs très vives; mais toujours les douleurs se rapportent à l'épididyme ou au testicule. Si on touche superficiellement, de manière à ne faire porter la pression que sur la tunique vaginale, les malades n'éprouvent pas ces douleurs si aiguës, si caractéristiques de l'inflammation des séreuses, de telle façon qu'on trouve encore, sauf les cas exceptionnels, la preuve que la membrane n'est pas enflammée, et que ce n'est que par le fait de sa distension et par la compression de l'épididyme malade que la douleur s'accroît.

Dans l'ordre de succession des accidents additionnels possibles, on voit fréquemment survenir l'œdème du tissu cellulaire sous-scrotal et de celui du cordon; dans quelques cas plus rares, c'est une véritable inflammation phlegmoneuse avec toutes ses conséquences. Tantôt la peau des bourses change à peine de couleur et paraît seulement un peu plus épaissie; le raphé est déjeté du côté opposé à la maladie; d'autres fois, rouge, animée, chaude, la peau participe à l'inflammation, perd sa mobilité et forme un tout solide avec les parties qu'elle recouvre, surtout lorsque la maladie a gagné le testicule lui-même. L'inflammation de la peau ne prend que très rarement les caractères de l'érysipèle extensif, et, quel que soit son degré d'intensité, elle est presque toujours limitée à un seul côté, à moins qu'il ne s'agisse d'une épididymite double. L'œdème simple, ou l'inflammation plus ou moins aiguë du tissu cellulaire des bourses, peut acquérir un volume très considérable, surtout dans les parties déclives, et plus encore chez les malades qui continuent à marcher ou à rester debout. Il constitue alors une bonne partie du volume total de la tumeur, qui dans ces cas est aplatie de droite à gauche; tandis que dans les circonstances opposées elle est plus ou moins arrondie ou piriforme, et souvent ramenée contre l'anneau inguinal par la contraction spasmodique et douloureuse des crémasters.

Cependant l'extension la plus grave, l'accident le plus fâcheux, consiste dans l'inflammation du corps du testicule, dans le développement de l'orchite proprement dite. L'inflammation du testicule, regardée comme la maladie principale par quelques pathologistes peu attentifs et que Swédiaur avait cru devoir arriver de nécessité après celle de l'épididyme qui n'était pour lui que le point de départ, peut être considérée comme une rare exception; elle n'a peut-être pas lieu deux fois sur cent. Lorsque l'inflammation gagne le testicule, elle prend les caractères des inflammations avec étranglement: les douleurs deviennent plus intenses, *compressives*, le toucher est bien plus insupportable

et les phénomènes sympathiques beaucoup plus prononcés : fièvre, hoquet, vomissements, syncopes. Quelquefois il survient de la gêne dans l'émission de l'urine, le sperme est altéré, roussâtre, sanieux. Alors aussi on rencontre plus souvent l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire des bourses. Le canal déférent et le tissu cellulaire du cordon sont aussi ordinairement engorgés ; tandis que, lorsque l'épididyme seul est malade, ces parties, comme je l'ai déjà dit, peuvent ne présenter aucune altération appréciable au toucher. Lorsqu'il n'existe pas de sérosité dans la tunique vaginale (soit qu'elle ne s'y soit pas formée, ou qu'on l'ait évacuée), on peut toujours, quoi qu'en aient dit quelques observateurs, s'assurer de l'état du testicule et de son plus ou moins de participation à la maladie. Quant il est resté sain, on le trouve avec son volume normal facile à comparer à celui du côté opposé, et surtout avec cette semi-fluctuation, cette rénitence élastique *suî generis*, qui le caractérise et le fait si bien distinguer de l'espèce de croissant formé par l'épididyme et dans lequel il est enchâssé. Mais lorsque l'inflammation l'a atteint, malgré la résistance que doit lui opposer son enveloppe fibreuse, il prend du volume, et, obéissant à la loi de tous les tissus enflammés, il perd sa souplesse, son élasticité ; on dirait qu'il se *coagule* et finit par se confondre, en durcissant, avec les parties voisines desquelles on a souvent de la peine à le distinguer.

Dans quelques circonstances rares, l'épididymite peut disparaître brusquement, par une sorte de délitescence que précède alors le plus ordinairement une recrudescence de l'écoulement, ce qui a pu faire croire à un effet métastatique ; dans tous les cas, cela ne peut jamais avoir lieu qu'au début de la maladie, et alors que le gonflement n'est encore que le résultat d'une simple fluxion ; car, plus tard, lorsqu'il y a engorgement véritable, lorsque l'inflammation a donné lieu à l'induration plastique, la maladie ne peut plus disparaître que par une résolution plus ou moins rapide, mais qui met toujours un certain temps à s'effectuer. La résolution se fait d'abord du côté de la peau et du tissu cellulaire sous-scrotal ; la résorption de l'hydrocèle suit bientôt ; le cordon se dégorge ; peu à peu le canal déférent reprend son volume et sa consistance, et la dernière partie qui reste malade est celle par laquelle la maladie avait commencé : c'est l'épididyme. Chez beaucoup de sujets, il faut des mois pour que l'organe revienne à l'état normal ; il y en a même chez lesquels il reste toujours un certain degré d'hypertrophie, sinon de véritable induration, qui du reste ne semble altérer en rien les fonctions de l'organe et les qualités du sperme. J'ai pu m'assurer à l'aide du microscope, sur des individus qui avaient eu des épididymites doubles, et qui conservaient une induration des deux côtés, que le sperme n'avait perdu aucune de ses qualités.

Dans la très grande majorité des cas, la résolution se fait d'une manière régulière et franche, de telle façon qu'on doit regarder l'épididymite comme un accident douloureux et fort ennuyeux sans doute, mais fort peu grave. Quelquefois l'hydrocèle persiste plus ou moins longtemps ou peut rester comme maladie définitive, alors que les autres altérations de tissu ont plus ou moins disparu. La suppuration ne survient pas souvent, et lorsqu'elle a lieu c'est dans le tissu cellulaire sous-scrotal, ou dans celui du cordon ; car l'épididyme ou le canal déférent, à moins de complication, ne suppurent presque jamais. Mais si la maladie a peu de gravité, si elle se termine bien dans les cas ordinaires, il n'en est pas de même quand le corps du testicule est affecté ; ici la résolution franche est bien plus rare, à moins que l'affection ne se soit arrêtée à la période fluxionnaire ; le plus ordinairement, à l'engorgement inflammatoire, succède l'atrophie plus ou moins complète, ou la fonte purulente de l'organe : d'où il suit, comme je l'ai déjà dit, qu'il est important de bien distinguer l'orchite de l'épididymite.

Je ne m'arrêterai pas sur le diagnostic différentiel de l'épididymite blennorrhagique ; la cause principale sur laquelle j'ai insisté, la présence ou l'existence d'un écoulement, le siége, la marche, les symptômes qui ont été détaillés suffisent pour la faire reconnaître et empêcher toute erreur.

Cependant de nombreuses complications peuvent aggraver la maladie et rendre son diagnostic difficile. Une des plus fréquentes est la préexistence ou le développement

consécutif d'une affection tuberculeuse, qui favorise la suppuration, ou perpétue l'engorgement et les indurations. On peut même dire que cette complication est toujours à redouter, quand on ne voit pas survenir une résolution franche et que le canal déférent est un peu noueux. Jamais l'épididymite, pas plus que la blennorrhagie à laquelle elle succède, ne donne lieu à des accidents de vérole constitutionnelle : ce n'est pas un *accident virulent*, comme le croient ceux qui confondent tout en fait de maladies vénériennes. Mais lorsqu'un individu sous l'influence d'une diathèse syphilitique vient à contracter une blennorrhagie, l'épididymite qui peut en être une conséquence devient souvent l'occasion du développement du sarcocèle syphilitique, soit *fibreux*, soit *tuberculeux*. Il est quelquefois difficile de bien faire la part des deux éléments morbides dans le mélange des symptômes, et, si on n'est pas prévenu, on peut aisément se tromper. Ce sont évidemment des cas analogues qu'on a rapportés comme preuve d'identité entre les effets de la blennorrhagie et ceux du chancre ; mais avec un peu d'attention, comme nous le verrons plus tard en étudiant les effets de la syphilis sur les testicules, on peut arriver à distinguer les deux maladies, non-seulement quand elles sont isolées, ce qui est très facile, mais encore à l'état de combinaison. J'ai eu tout récemment à l'hôpital, et des cas analogues se sont plusieurs fois présentés à mon observation, un malade portant d'un côté une albuginite syphilitique, conséquence d'une syphilis constitutionnelle dont l'origine remontait déjà à un an, et une épididymite blennorrhagique de l'autre côté, déterminée par une urétrite existant encore et arrivée à son troisième septenaire. Du reste, l'épididymite blennorrhagique, quand la prédisposition ou la diathèse existe, peut devenir le coup de fouet ou la cause occasionnelle des différentes dégénérescences dont peut être affecté le testicule ; mais ces dégénérescences ne sont pas la conséquence obligée, spéciale, de l'action virulente de la blennorrhagie sur l'organe. La blennorrhagie favorise alors le développement d'un cancer, par exemple, comme une chute, un coup pourraient le faire, mais voilà tout. D'autres complications telles que des hernies, le varicocèle, d'anciens hydrocèles, des altérations ou dégénérescences de la tunique vaginale, l'hématocèle, l'orchite simple non liée à l'épididymite blennorrhagique et indépendante de la syphilis, etc., peuvent exister, et il importe d'en être prévenu et de chercher à bien les reconnaître, avant de donner un pronostic et d'appliquer un traitement.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique.

Ainsi que la plupart des accidents qui surviennent dans le cours d'une maladie vénérienne, l'épididymite blennorrhagique est considérée par beaucoup de médecins, et surtout par le plus grand nombre des malades, comme entièrement dépendante du traitement employé contre la blennorrhagie. C'est donc un accident sur la possibilité duquel il faut toujours prévenir les malades, et contre lequel, pendant toute la durée d'un écoulement, il faut se tenir en garde et employer les moyens prophylactiques. Sous ce point de vue, la connaissance des causes qui en favorisent le développement doit être d'un grand secours.

Toutefois, la première, et peut-être la plus importante indication à remplir, consiste à recommander aux malades l'usage constant d'un suspensoire bien fait, non-seulement pendant tout le cours de la blennorrhagie, mais encore un ou deux septenaires après la cessation de l'écoulement. J'ai l'habitude de conseiller aux malades, dans les derniers jours, de se désaccoutumer peu à peu de l'usage du suspensoire.

Si on se rappelle que ce n'est jamais au début d'un écoulement que survient l'épididymite, on comprendra que, contrairement aux opinions généralement professées jusqu'à ce jour, la guérison rapide, prématurée, le traitement abortif enfin de la blennorrhagie, loin d'être une cause de l'épididymite, devra au contraire mettre à l'abri de cet accident.

Quoi qu'il en soit, dès que les premiers symptômes de l'épididymite viennent à se manifester, le malade doit être condamné au repos horizontal, en ayant soin de tenir les

bourses relevées. S'il n'existe encore qu'une simple fluxion, les résolutifs (compresses imbibées d'eau blanche, de solution de chlorhydrate d'ammoniaque; le moyen empirique si souvent employé *la boue de meule;* la glace, etc.) réussissent et font avorter la maladie. Il est souvent nécessaire d'avoir en même temps recours, soit à la saignée du bras s'il y a plénitude du pouls, et fièvre à plus forte raison, ou bien à des applications de sangsues, toujours en assez grand nombre: 20, 30, 40, et appliquées moitié sur le trajet du canal inguinal, moitié sur le périnée.

Les sangsues ne doivent jamais être mises sur la peau des bourses, parce qu'il peut arriver, rarement sans doute, mais trop souvent encore, des accidents fâcheux; pour ma part j'ai vu deux fois la gangrène des bourses en être évidemment la conséquence.

Pour peu que l'emploi des résolutifs n'empêche pas le gonflement et la douleur de croître, il faut bientôt s'en abstenir, parce qu'alors ils pourraient devenir nuisibles. On doit, dans ce cas, leur substituer les émollients, sous forme de simples fomentations, ou mieux encore sous forme de cataplasmes qui doivent non-seulement envelopper les bourses, mais s'étendre sur tout le trajet du canal inguinal. Des frictions préalables avec du laudanum de Sydenham, sur les parties endolories, sont toujours très utiles.

Lorsque la marche de la maladie est très aiguë, à la diète, aux boissons délayantes, à l'usage des purgatifs, on est obligé d'associer des applications plus ou moins répétées de sangsues; de revenir quelquefois à la saignée du bras, à laquelle on n'a peut-être pas assez souvent recours.

Ces moyens, et dans un très grand nombre de cas, la diète seule, le repos, et l'usage de quelques cataplasmes suffisent; mais soit qu'il existe des complications, soit qu'on veuille encore hâter la terminaison du mal, il en est d'autres auxquels on peut avoir recours. *Les ponctions simples ou multiples de la tunique vaginale*, dont on a fait grand bruit dans ces derniers temps et qui devaient guérir comme par enchantement toutes les épididymites quelles qu'elles fussent, en peu de jours, ont fort peu d'influence *sur la durée totale de la maladie, ainsi que j'ai pu le constater sur des centaines de sujets.* Elles ne doivent être employées que dans les cas où l'épanchement est assez considérable pour amener une distension de la tunique vaginale et causer une compression du testicule qui ajoutent aux souffrances du malade. Dans ces circonstances, l'évacuation du liquide fait souvent cesser instantanément la douleur qui avait jusque là résisté à tous les autres moyens.

On a dit, et on a eu raison, que le plus souvent on pouvait piquer impunément le testicule; mais il m'a semblé qu'il n'en était ainsi que dans les cas où l'organe n'était pas enflammé. Je dois dire, en passant, que je n'ai jamais tiré un grand parti de la saignée des veines du scrotum, à laquelle j'ai définitivement renoncé.

Il est une méthode de traitement qu'on a beaucoup vantée et qu'on a ensuite beaucoup décriée: c'est la compression, dont l'idée primitive appartient incontestablement à Fricke de Hambourg.

Cette méthode difficile à mettre en pratique donne les résultats les plus beaux et les plus rapides, quand on sait la manier, et qu'elle n'est pas employée comme *une selle à tous chevaux.*

Il ne faut jamais y avoir recours lorsque la maladie est à l'état très aigu;

Qu'elle fait des progrès rapides;

Que le cordon testiculaire est engorgé dans tous ses éléments;

Qu'il existe un épanchement considérable dans la tunique vaginale;

Que le tissu cellulaire sous-cutané ou profond des bourses est le siége d'une inflammation phlegmoneuse franche;

Lorsque le corps du testicule est enflammé et qu'il y a véritablement *orchite.*

L'engorgement du canal déférent seul ne constitue pas une contre-indication.

Mais la compression réussit plus de 50 fois sur 100 et abrége de moitié, des deux tiers,

des trois quarts même, la durée de la maladie, lorsqu'on l'emploie dans les cas d'*épididymite* simple :

Lorsque préalablement on a évacué la sérosité qui pouvait se trouver épanchée dans la tunique vaginale ;

Lorsque la maladie est arrivée à la période de *statu quo*, ou au commencement de la période de déclin.

Quand on a appliqué la compression, il faut, pour qu'elle réussisse, que la douleur, d'abord avivée pendant son application, cesse au moins dans la première demi-heure qui suit.

Dans le cas, au contraire, où la douleur irait en croissant, ce qui pourrait dépendre soit d'une mauvaise application, soit d'une réaction trop vive de l'organe enflammé, il faudrait de suite l'enlever, sous peine de voir survenir les accidents les plus graves d'inflammation, de suppuration et de gangrène plus ou moins étendue.

Il faut bien distinguer les accidents d'étranglement qu'une compression intempestive ou mal faite peut déterminer, des douleurs auxquelles peut donner lieu le premier tour de bande qui excorie et coupe souvent la peau vers la racine des bourses.

Dans le premier cas, quand on a ôté l'appareil on est souvent obligé d'y renoncer pour toujours, ou si on peut y revenir, ce n'est qu'après la cessation des phénomènes inflammatoires.

Dans le second cas, on peut réappliquer la compression immédiatement.

Voici, du reste, le procédé qu'on doit employer :

On isole d'abord le testicule malade du testicule sain, et, à l'aide de bandelettes de sparadrap de Vigo *cum mercurio*, on commence un premier tour de circulaire à la racine des bourses, immédiatement au dessus de la partie supérieure du testicule du côté malade, de manière à refouler l'organe et à le tenir incarcéré dans la partie inférieure du scrotum. En procédant alors de haut en bas, et en rendant la compression aussi égale que possible, on dirige la bandelette en spirale, en ayant soin que chaque tour s'imbrique de moitié sur le précédent. Arrivé à la partie inférieure qu'on ne peut pas exactement recouvrir, on place alors d'autres bandelettes à anse, dans le sens longitudinal. Pour que ces bandelettes soient appliquées exactement, on en met d'abord deux en croix et on remplit ensuite les intervalles ; puis on fixe les chefs de ces bandelettes par une seconde enveloppe de bandelettes circulaires.

Ce bandage bien appliqué amène assez souvent au bout de quelques heures, ou au moins après deux ou trois jours, une diminution considérable dans le volume de la tumeur.

Si alors on ne suit pas le retrait de la tuméfaction, en resserrant le bandage, la compression n'étant plus égale et restant toujours plus forte à la racine des bourses, l'étranglement qui en résulte ne tarde pas à amener une recrudescence qui fait échouer le traitement.

Une autre cause d'insuccès et d'accidents tient à ce qu'on n'a pas assez serré les premiers tours des bandelettes, et alors le testicule s'échappe, le scrotum est comprimé et s'œdématie, ou bien la compression ne porte que sur une partie de l'organe.

Pour éviter l'espèce de coupure que peut déterminer le premier tour de bandelette, il faut d'abord matelasser la partie avec de la charpie longuette.

Il suffit, terme moyen, de 8 jours, quelquefois de 2 ou 3 jours pour que la compression ait produit son effet, à moins d'engorgements anciens et d'altérations profondes.

Le meilleur moyen pour détacher la compression consiste à faire filer, entre la peau du scrotum et les bandelettes, une sonde cannelée servant à diriger une paire de ciseaux droits.

On débarrasse ensuite la peau du scrotum de l'emplâtre adhérent avec un peu d'alcool, ou bien avec de l'eau de Cologne.

Lorsque la compression n'a pas été employée, les onctions répétées une ou deux fois par jour avec 2 ou 4 grammes d'onguent mercuriel double, et secondées de l'usage des cataplasmes, réussissent à la période de déclin.

Enfin, on fait succéder aux onctions mercurielles, et pour combattre les derniers restes de l'engorgement de l'épididyme, l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* seul ou combiné à l'emplâtre de ciguë. Ici encore, les fumigations de fleurs de sureau, la vapeur du vinaigre brûlé sur une pelle rouge, les frictions avec les pommades d'iodure de plomb ou d'hydriodate de potasse, m'ont paru avoir quelque efficacité.

Quant à l'écoulement blennorrhagiqne, je rejette comme nuisibles et dangereux tous les procédés qui ont été mis en pratique pour le rappeler.

A la période aiguë, il faut respecter l'écoulement où, comme on le dit vulgairement: *laisser couler*. Autrement, tant pour abréger la durée totale de la blennorrhagie et de l'épididymite, que pour enlever à cette dernière le prétexte d'un retour par suite de la persistance de l'écoulement, il faut simultanément s'occuper de faire disparaître celui-ci.

Du reste, on a observé dans un bon nombre de cas que les anti-blennorrhagiques proprement dits (cubèbe, copahu, etc.) pouvaient favoriser la résolution des engorgements de l'épididyme.

Enfin, bien que les rapports sexuels doivent être défendus pendant la durée de la maladie, cependant quand l'écoulement a cessé depuis déjà un certain temps, et que la douleur n'existe plus, les rapports sexuels modérés et à des intervalles assez éloignés, favorisent singulièrement la résolution.

Recherches sur les maladies vaginales et utérines *étrangères à la menstruation, à la grossesse, à l'accouchement, et qui sont du ressort du toucher et du spéculum ; lues à l'Académie royale de médecine, le 7 février* 1843, **par M. Récamier.**

Avant-propos.—Il ne s'agit pas d'un traité *ex professo*, mais des remarques particulières de l'un d'entre vous sur les faits qui sont tombés dans sa sphère d'activité.

Je dirai ce que j'ai vu, ce que j'ai fait depuis cinquante ans; il vous appartiendra de confirmer, de modifier, de perfectionner et compléter mes résultats.

Section première.—*Phlegmasies diffuses de la membrane muqueuse du vagin, du museau de tanche et de l'utérus.*

Art. I. *État aigu et chronique.*—J'ai observé les phlegmasies de la muqueuse vaginale, celles du museau de tanche, de la muqueuse utérine elle-même, dans un état d'acuité et de chronicité.

État aigu.—Lorsque ces inflammations, dont la cause ne peut pas toujours être appréciée de prime abord, sont légères, leur produit est semi-diaphane ; mais, lorsqu'elles ont une certaine intensité, le produit ou le flux humoral qui en résulte n'est pas translucide, comme dans les phlogoses légères, ou comme celui des leucorrhées gastralgiques; il devient plus ou moins opaque, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre. L'inspection de l'entrée du vagin en fait distinguer la cause locale, et le spéculum montre jusqu'où elle s'étend vers l'orifice utérin, d'où on voit s'écouler ce produit lorsque l'inflammation affecte la muqueuse de la cavité utérine. Le toucher apprend peu de chose sur cet état inflammatoire du vagin, à moins que la maladie n'ait vieilli et que les parois de ce conduit enflammé n'aient pris une densité tout à fait étrangère à leur élasticité ordinaire.

État chronique. — Lorsque ces phlegmasies vieillissent, la surface de la muqueuse devient granulée à l'œil, et même au toucher si elle est très ancienne. Il arrive aussi qu'il se forme à la surface enflammée des excoriations plus ou moins superficielles et sans bords durs, qui contribuent à rendre la partie malade douloureuse et sensible au toucher.

Dans des phlegmasies vaginales, même peu anciennes, j'ai vu se former des vésicules plus ou moins étendues et suivies d'excoriations superficielles. Les causes constitutionnelles dont elles peuvent émaner, le flux qu'elles produisent et les rapports de la personne, peuvent contribuer à les entretenir et à les rendre opiniâtres.

Art. II. *Traitement. Moyens généraux.*—Dans le principe, la cause étant anomale, les bains, les injections *émollientes* d'abord avec la décoction de mauve, de guimauve, etc.; ensuite rendues *astringentes*, au moyen de l'eau de son, d'amidon, de l'infusion de fleurs d'orties ou de roses rouges, simples ou aluminées, ou rendues saturnines; les narcotiques, la morelle, les têtes de pavots, la belladone, etc., seuls ou associés aux astringents, à l'alun et aux préparations de plomb, fourniront des moyens de varier les soins de propreté et les agents curatifs.

Position de la malade dans les injections.—On remarquera que les injections qui sont faites, la malade étant couchée sur le dos, sur un bassin de femme en couches, garni d'un cul-de-sac en arrière, comme j'en ait fait fabriquer par divers potiers d'étain; on remarquera, dis-je, que les injections faites de cette manière, ou dans un bain entier, sont plus utiles que celles qui seront faites dans la position verticale, situation dans laquelle le liquide injecté, retombant immédiatement, n'a pas le temps d'agir sur les surfaces malades.

Indication de la saignée des grands vaisseaux. — Si l'inflammation est très vive, le pouls dur, de manière à faire sentir la récurrence de l'arcade palmaire en comprimant la radiale du côté du cœur, ou le rebondissement lorsqu'on la comprime du côté du poignet, alors il y aura indication d'employer la saignée des grands vaisseaux, concurremment avec les bains entiers, les bains de siége et les boissons délayantes abondantes.

Indication de la saignée des capillaires.—Si, malgré un flux abondant, tel que celui dont j'ai parlé, on n'aperçoit pas une inflammation remarquable dans le vagin; si d'ailleurs le col utérin est sensible au toucher; si des douleurs habituelles aux aines ou vers les lombes annoncent un état de souffrance de l'utérus, sans qu'on puisse en accuser la pesanteur de ce viscère sur ses ligaments, ce dont je parlerai plus tard, alors si le pouls n'a pas de dureté, ni de rebondissement, ce n'est plus aux saignées des grands vaisseaux qu'on a recours avec avantage, mais à l'application de sangsues sur l'hypogastre et surtout aux aines sur les ligaments ronds; aux ventouses lombaires, sèches ou mouchetées, et même à l'application des sangsues directement autour du col utérin.

Suppositoires vaginaux.—On aide les saignées générales et locales non-seulement par les moyens dont j'ai parlé d'abord, mais encore par des cataplasmes sur l'hypogastre, les aines et sur la vulve, mais aussi par des cataplasmes et suppositoires vaginaux introduits dans le vagin même, comme les suppositoires dans le rectum. La farine de graine de lin récente est la matière ordinaire de ces cataplasmes, avec de l'eau simple, ou diverses décoctions émollientes ou calmantes. Il est important que la farine de graine de lin soit récente, sans quoi elle devient irritante, surtout dans le vagin.—Une seringue à large canule, du volume du doigt, courbée à l'angle droit, sert à les introduire dans le vagin, où on les retient un temps convenable par la situation et par une compresse graduée fixée sur la vulve, au moyen d'une garniture appropriée. Il est clair que les cataplasmes vaginaux ne doivent pas être diffluents, sans quoi ils s'écouleraient, quelque précaution qu'on prît. Lorsque la farine de graine de lin ne réussit pas, on la remplace par une fécule, la fécule de pommes de terre, la semoule, etc., d'une consistance convenable.

Suppositoires vaginaux secs et pulvérulents.—Les cataplasmes dont je viens de parler, utiles dans les premières périodes d'une inflammation aiguë, ne le sont plus de même dans les inflammations vaginales ou utérines qui ont vieilli.—Alors j'ai tiré plus de parti des suppositoires que j'ai fait connaître à un grand nombre de nos confrères lorsque les occasions s'en sont présentées; voici comment je procède:

Si l'inflammation est très douloureuse et ne s'amende pas par les cataplasmes mous de farine de graine de lin, et mieux de semoule, de mie de pain, ou de riz cuit dans de l'eau simple ou de pavots, je les remplace en mettant dans le vagin de la fécule de pom-

mes de terre en poudre, à l'aide d'un spéculum, au moyen d'un bourdonnet de coton cardé, placé entre les mors d'une pince longue. On pousse la fécule au fond du vagin, et on l'y retient à mesure que l'on retire le spéculum.

Si l'inflammation est plus ancienne et commande, comme dans les angines ou les ophthalmies qui vieillissent, des astringents et des toniques, alors on préfère l'amidon en poudre à la fécule de pommes de terre, et on associe, selon le cas, une proportion convenable de céruse, ou de litharge, ou d'alun porphyrisé, soit cristallisé, soit calciné en partie, ou même de la poudre impalpable de quinquina.

Ces pansements n'excluent en rien les bains, les injections, et ne nécessitent pas la position horizontale, si d'autres circonstances particulières, comme des douleurs, de la fièvre ou la crainte d'une fausse couche, n'y obligent.

Phlegmasies réfractaires. Premier degré de cautérisation. — Lorsque l'inflammation, sans ou avec des granulations, ou des excoriations, résiste aux moyens que je viens d'indiquer, alors j'agis comme on le fait pour la conjonctive dans les inflammations réfractaires. —Je fais une dissolution de nitrate d'argent cristallisé d'abord à 20, ensuite à 30, 40, 50 centigrammes par 30 grammes d'eau, et, au moyen de bourdonnets que j'y trempe, je modifie plutôt que je ne cautérise la surface enflammée. Si l'altération n'est pas profonde, ce moyen suffit dans un très grand nombre de cas.

Cautérisation transcurrente.—Si l'inflammation de la muqueuse vaginale et utérine se montre encore réfractaire à ce moyen, si les granulations sont fortement prononcées, si la membrane est épaissie, si les excoriations ont pris un aspect ulcéreux, alors je fais une cautérisation transcurrente avec le nitrate d'argent en lingot, avec un long porte-crayon dont le manche est coudé ; ou bien je me sers de cuvettes que je garnis en faisant fondre un lingot de nitrate d'argent à la flamme d'une bougie, comme de la cire à cacheter.—Je promène ce caustique avec rapidité sur les surfaces enflammées.

Cautérisations de l'intérieur de l'utérus.—Lorsque l'inflammation s'étend dans l'utérus, j'en modifie la surface interne en portant le nitrate d'argent dans son col au moyen de cuvettes sans canules; et lorsque je veux le porter dans la cavité même de l'utérus, je me sers d'une cuvette masquée par une canule, et de préférence de cuvettes qui sont tournantes. Pendant les cautérisations intra-utérines, je vais entretenir dans le vagin, autour du col utérin, un courant d'eau tempérée, à l'aide d'une seringue garnie d'une longue canule de gomme élastique, et, après la cautérisation, je fais des injections abstersives, et j'ai soin de garnir le fond du vagin avec une ou deux cuillerées à soupe de fécule de pommes de terre, ou d'amidon en poudre.

Injections dans l'utérus.—J'ai fait aussi dans l'utérus des injections actives; mais, pour injecter une solution de nitrate d'argent, il faut une seringue de verre, à cause de la décomposition du nitrate d'argent par l'étain ou le cuivre. On évite cet inconvénient, il est vrai, avec des seringues de verre, mais on n'évite pas les bavures, inconvénient qui se reproduit par tous les moyens actifs liquides.

Quant aux accidents attribués aux injections par MM. Bretonneau et Hourmann, je dois douter qu'on ait saisi la véritable cause de ces accidents, que je n'ai pas observés, quoique j'aie fait des injections assez actives dans l'utérus, et que d'autres confrères honorables, tels que M. le docteur Mélier, en aient fait aussi, non-seulement sans inconvénient, mais avec succès. Les injections répétées dans le fond du spéculum tempèrent l'irritation des parties cautérisées, et forment des espèces d'irrigations qui calment singulièrement la douleur. Je reviendrai sur les injections intra-utérines et sur leurs accidents.

Précautions nécessaires dans les cautérisations intra-utérines. —Lorsqu'on croit devoir cautériser les lèvres du museau de tanche, ou le haut du vagin, ainsi que l'intérieur de l'utérus, il est convenable de commencer la cautérisation par la partie la plus profondément située, parce que le nitrate d'argent, en se fondant dans l'utérus ou dans le col, coulera par le col sur les bords de l'orifice, et la cautérisation se fera en même temps aux deux endroits. Si on commence par le vagin, dont la position est plus déclive, il pourra arriver que la bavure de l'intérieur de l'utérus rende la cautérisation du vagin trop profonde ou trop étendue.

Dans le cas où l'on ne doit cautériser que l'intérieur de l'utérus, il faut avoir une seringue remplie d'eau tempérée, afin de procéder pendant la cautérisation à une injection vaginale permanente qui, en délayant le caustique qui s'écoule, arrête et empêche immédiatement son action sur la muqueuse vaginale.

Irrigations.—Lorsque je veux prolonger l'action des injections, je les change en irrigations proprement dites, à l'aide d'un clyso-pompe qui remplace les seaux à robinet avec tuyaux et canule au moyen desquels je faisais d'abord ces irrigations prolongées sur une chaise percée garnie d'un vase convenable. Cet appareil dispendieux était à la portée de trop peu de personnes. Le clyso-pompe à tuyaux flexibles m'a fourni le moyen d'en faire des applications plus générales et plus faciles.

J'ai rendu ce moyen plus usuel encore, et par conséquent plus utile, par le procédé suivant. J'ai fait disposer des bassins d'étain avec un manche plus long que celui des bassins ordinaires; à l'extrémité de ce manche, j'ai fait adapter une espèce de grand gobelet qui communique avec le bassin par le manche. Dans le gobelet qui est au bout du manche, s'ajuste un clyso-pompe ordinaire, ou mieux à jet continu et armé d'un tuyaux flexible de 70 à 80 centimètres de long, terminé par une canule courbe de gomme élastique. Le bassin est surmonté d'un bourrelet circulaire plat. L'appareil ainsi disposé, on place le bassin sous le siége de la malade, après y avoir mis le liquide avec lequel on doit faire l'irrigation. Alors, au moyen du clyso-pompe, on établit dans le vagin un courant continu de liquide qui retombe dans le bassin, et passe incessamment de là dans le gobelet où puise le clyso-pompe. Il est clair que, lorsque ce liquide est sali, on doit le renouveler. Cet appareil donne le moyen de prolonger à volonté les irrigations vaginales et rectales, sans manœuvrer un trop grand volume d'eau.

Température et nature du liquide des irrigations.—La température, comme la nature du liquide, est à la disposition de l'homme de l'art. Il ne faut pas adopter de température exclusive pour les irrigations; car tel degré de froid, de frais ou de tempéré, qui convient à telle ou telle personne, ne convient plus à telle autre dont les organes demandent du tiède.

Ce que j'ai dit plus haut des substances que j'ai employées pour les pansements fait voir suffisamment que la nature du liquide des irrigations doit varier: ainsi il sera *émollient* dans les irritations aiguës: eau de graine de lin, mauve, guimauve, etc.; *féculent* dans les phlegmasies plus avancées: eau de son, d'amidon, de riz, etc.; légèrement ou fortement *astringent* dans les phlegmasies qui languissent; ainsi la décoction de racines de grande consoude, l'infusion de fleurs de chèvrefeuille, de fleurs d'orties, de fleurs de roses rouges, d'écorce de grenade ou de racine de bistorte; ainsi l'eau pure, ou l'une des décoctions indiquées, contenant une proportion plus ou moins remarquable d'alun, de 4 à 8 grammes par litre, ou de sulfate de zinc, ou de sulfate de fer, etc. Il pourra être rendu *calmant* avec les têtes de pavots et le laudanum, ainsi qu'avec l'acétate de plomb dans de l'eau simple, ou associé à l'une des macérations, infusions ou décoctions indiquées plus haut. Il pourra être *tonique,* et par conséquent composé de décoctions de mélilot, de ménianthe, d'armoise, d'absinthe, de petite sauge, de quinquina, seules, ou tempérées par les précédentes décoctions indiquées, ou par l'addition d'amidon, par exemple. Ce liquide pourra être *irritant* pour changer le mode d'inflammation: ainsi l'eau chargée de sulfure de potasse ou de soude, l'eau salée avec le sel marin, avec le sel ammoniaque, l'eau iodurée avec l'iodure de potassium surtout. Enfin, ce liquide pourra devenir *spécifique* en le rendant le véhicule du deuto-chlorure de mercure, ou d'un sulfure, ou d'un chlorure de sodium ou de calcium.

Doses.—Il est évident que je n'entends rien fixer sur les doses qui ont été relatives à la susceptibilité et à la tolérance des organes, comme à la nature des maladies. Tous ces objets doivent être réglés par la prudence et la sagacité du médecin, qui n'ignore pas les difficultés de rencontrer les convenances organiques, et qui n'oublie jamais qu'il n'est dans aucun cas permis de commencer les remèdes actifs par de fortes doses, mais au contraire qu'on doit commencer par de faibles doses, et ne s'élever à de plus considérables qu'avec circonspection.

Repos prolongé.—Jusqu'ici je n'ai pas parlé du repos prolongé dans le traitement des phlegmasies de la muqueuse vaginale et utérine, parce que je ne l'impose que lorsque les douleurs produites par la position verticale et le mouvement obligent absolument à le garder.

Le repos prolongé dans la position horizontale devient nécessaire toutes les fois que l'état inflammatoire compromet le corps de l'utérus, ou ses ligaments, ou ses dépendances péritonéales. Alors il est indispensable, pendant tout le temps que le mouvement éveille ou réveille la douleur dans l'hypogastre, les lombes ou les aines.

Si les douleurs dépendent du relâchement des ligaments, ou de tiraillements produits par le poids de l'utérus non enflammé dans sa substance ou ses dépendances, je me garde bien de prescrire le repos dans la position horizontale; seulement je rends l'exercice possible en soutenant l'hypogastre et le périnée de la manière la plus appropriée à la personne.

Une ceinture hypogastrique garnie d'un coussin en forme de croissant, plus épais du côté de sa grande courbure que de la petite, soutient la région sus-pubienne du bas-ventre, et en même temps les viscères supérieurs qui sont les plus lourds, et les empêche de faire sentir leur poids sur l'appareil utérin. En même temps une garniture de deux bretelles croisées sous le siége soutient, à l'aide d'un coussinet proportionné à la personne, le périnée, en le remontant de manière à faire cesser, dans la plupart des cas, les tiraillements et les douleurs qui dépendaient du poids de l'utérus.

Avec cette précaution, lorsqu'elle est indispensable, je n'ai pas besoin du repos soutenu, ni des pessaires, essentiellement nuisibles dans tous les cas où il y a des phlegmasies vaginales ou utérines.

Constipation et diarrhée. — La constipation et la diarrhée sont également nuisibles au succès des traitements des phlegmasies vaginales et utérines, par le mouvement fluxionnaire qu'elles entretiennent par un mécanisme différent vers l'organe utérin et ses dépendances.

Constipation.—La constipation, par les efforts qu'elle nécessite pour aller à la selle, est un inconvénient qui devient une cause de douleur et d'augmentation des maladies locales, vaginales et utérines. Il est donc indispensable d'y obvier.

L'eau de rivière pure, bue froide, le matin au réveil, à la dose d'un, deux ou trois verres, à un quart d'heure d'intervalle, suffit à beaucoup de sujets pour entretenir la liberté du ventre et éviter les efforts d'expulsion de matières endurcies.

Si l'eau pure ne suffit pas, un verre d'eau de Sedlitz naturelle pris de la même manière, au réveil, suffit pour entretenir la liberté du ventre sans maintenir la disposition à la constipation, comme le fait la rhubarbe qui, après avoir procuré des évacuations, laisse subsister les dispositions à la constipation.

Cinq centigrammes d'extrait de coloquinte avec autant de calomélas, ou bien 5 centigrammes d'extrait d'aloès avec autant de diagrède, pris le matin ou le soir, réussissent à diverses personnes, surtout en ajoutant à ces extraits quelques centigrammes de savon amygdalin.

Lorsqu'il n'y a pas de contre-indication pour le calomélas, il laisse également le ventre libre. Ce genre de moyen peut être varié indéfiniment, et forme la base d'une foule d'*arcanes* qu'on distribue sous le nom de pilules.

Si les moyens employés par l'estomac ne suffisent pas, on a recours aux lavements, qui obvient à l'inconvénient du moment, sans faire cesser sa cause.

L'eau pure, la décoction de violettes seule ou coupée avec du lait, et même avec addition de mélasse, d'huile, ou de quelques grammes de savon, fourniront des moyens de faire cesser des accumulations de matières stercorales toujours nuisibles dans ces sortes de cas, surtout quand il y a des rétroflexions et rétroversions, dont nous parlerons plus tard.

Je ne parle pas des décoctions de séné, du sel marin, et autres moyens de ce genre,

qui, en lavement, laissent après eux de l'irritation toujours nuisible à cause du voisinage.

Avec les sujets qui ne peuvent supporter ni les laxatifs, ni les lavements, les suppositoires ne sont point à dédaigner; le beurre de cacao, l'aloès, le miel et le savon, etc., etc., fourniront les moyens d'en varier la composition.

Diarrhée.—La diarrhée n'a pas moins d'inconvénients que la constipation dans les maladies utérines et vaginales, à cause des efforts répétés pour aller à la selle et du ténesme qui peut s'établir.

Comme la constipation, la diarrhée demande une grande sévérité dans le régime alimentaire; quant à la nature et à la température des substances ingérées, il est clair que les viandes rôties doivent être préférées aux viandes bouillies, en consultant les convenances de l'estomac. Les farineux doux, tels que le riz, les purées, les œufs frais de diverses manières, sont des lieux communs en pareils cas, en étudiant la température convenable.

État actif ou sthénique.—Si une douleur locale annonce une irritation aiguë active, les sangsues locales ou au siége, les bains généraux, les bains de siége et les cataplasmes fourniront des moyens extérieurs, comme les boissons féculentes ou gommeuses en fourniront pour l'intérieur; mais alors les aliments seront liquides, féculents et en petite quantité.

Si le pouls avait pris de la dureté, il serait possible qu'il surgît l'indication d'une saignée des grands vaisseaux. S'il y a coïncidence d'un état saburral, la convenance de la macération de deux grammes d'ipécacuanha dans trois verres d'eau froide est évidente; on tire à clair, et on donne un verre de quart en quart d'heure.

S'il y a un flux muqueux après les émissions sanguines, les féculents doux et les mucilages; le sous-nitrate de bismuth, pris à la dose d'un gramme trois ou quatre fois par jour avant les aliments, convient et aide à lever des difficultés; on peut l'associer à de légers calmants.

Si le flux est bilieux, le charbon de bois léger, porphyrisé, impalpable, convient mieux que le sous-nitrate de bismuth; on peut également l'associer à de légers calmants.

Si les nerfs sont agacés, les calmants variés, en quart de lavement amylacé, ou en mixture, ou en pilules, et souvent une seule goutte de laudanum, suffisent.

Si l'irritation était dans le rectum avec les formes dysentériques, il faudrait se défier des lavements, même sous un petit volume, car alors la douleur s'éveille facilement et les accidents augmentent.

État passif ou asthénique.—Si le sujet est faible et sans réaction, il faut absolument rendre toniques les moyens féculents, gommeux, mucilagineux et adoucissants. Il faut pour cela associer aux amers celui des calmants dont l'appareil digestif s'accommodera le mieux avec l'aromate qui sera toléré: alors la thériaque, le diascordium, la confection d'hyacinthe, pris avant les aliments, la térébenthine associée à un jaune d'œuf, administrée en quart de lavement avec le calmant qui sera en faveur, ne sont pas à dédaigner; mais on n'oubliera pas que le régime analeptique est l'ancre de salut; la décoction blanche, et même une proportion minime de vin vieux dans de l'eau de riz ou dans la macération de grande consoude, ou de gomme arabique, ou dans de l'eau panée, ont été fort utiles. Le cachou seul ou introduit dans le chocolat, le sirop de rathania ou de monésia, peuvent aussi rendre service. Les eaux ferrugineuses de Spa, de Forges, et l'eau ferrée en y trempant un fer rouge au feu, ont encore leur utilité: bien entendu que je ne parle pas de l'eau rouillée qui serait nuisible.

Les bains entiers ou de siége, dans de l'eau gélatineuse ou dans l'eau de son ou d'amidon, à laquelle on peu ajouter un sulfure, celui de soude de préférence, ou bien une solution d'alun ou de sulfate de fer, s'il y a anémie, donnent les moyens d'agir par la peau avec plus ou moins d'avantage. On étudie les doses toujours avec mesure.

État ataxique.—S'il y a de l'incohérence dans les phénomènes, surtout un type ré-

mittent, il faut agir par les calmants, les antispasmodiques, les amers, et même le sulfate de quinine, mais sous la forme d'emplâtres ou de pommades, et dans ce dernier cas on les applique dans les aisselles.

Si les pommades ne réussissent pas, je fais faire des solutions dans lesquelles on trempe une éponge qu'on exprime un peu, et qu'on place ensuite dans les aisselles en rapprochant les bras du corps pendant un certain temps.

Une dame de quatre-vingt-deux ans, après avoir pris une glace, le soir, fut saisie de vomissements violents et d'un dévoiement qui amena jusqu'à vingt-cinq selles dans une seule nuit. Il fallut s'en tenir aux moyens extérieurs, en étudiant la température convenable pour l'eau de gomme, l'eau albumineuse et la décoction blanche; mais la nuit suivante un second accès vint démasquer le caractère de la maladie. Ne pouvant me servir ni de l'estomac, ni du rectum, je fis placer 60 centigrammes de sulfate de quinine mêlés à 4 grammes d'axonge dans chaque aisselle, et je fis tenir les bras contre le corps; il n'y eut plus qu'un léger ressentiment, on put faire passer la décoction blanche, et les accidents furent enrayés. La malade a vécu jusqu'à quatre-vingt-sept ans.

État réfractaire. - Lorsqu'une diarrhée ou plutôt un dévoiement est réfractaire, il faut examiner les coïncidences et s'en occuper, si cela est possible.

La femme de M. D..., pharmacien de province, était minée par une diarrhée qui durait depuis plus de trois ans; elle était très affaiblie et amaigrie, lorsque je fus consulté; le charbon de bois léger (saule ou fusin) pulvérisé, parfaitement impalpable et lavé, fut conseillé à 30 ou 40 centigrammes, quatre fois par jour, avec un quart de cuillerée à café de sirop de pavots blancs. Madame s'est parfaitement rétablie.

Si le charbon n'est rendu absolument impalpable, il n'a aucune action sur la sécrétion biliaire.

Dans d'autres cas de flux bilieux, un milligramme ou deux de strychnine dans de l'amidon, ou un tiers de centigramme d'extrait alcoolique de noix vomique, ont calmé des diarrhées qui ne finissaient pas et consumaient.

Dans d'autres cas, j'ai combiné le charbon et le sous-nitrate de bismuth avec succès.

Art. III. *Anomalies.* — Il est difficile, sans les avoir observées, de se faire une idée des anomalies nerveuses qui peuvent se rattacher à la présence d'une inflammation chronique, même circonscrite, de la muqueuse vaginale. Je crois devoir en citer quelques exemples.

Premier fait.—Une jeune femme, âgée de vingt-cinq ans, était accouchée, à vingt-un ans, d'un enfant bien portant. Son accouchement avait été assez laborieux, mais sans aucun accident particulier. A la suite de sa couche, cette personne devint sujette à une céphalalgie sus-occipitale des plus fatigantes, et qui ne lui laissa dès lors presque point de relâche. Elle éprouvait en même temps un flux leucorrhéique très abondant, opaque, et parfois même sanguinolent, hors le temps des règles. La nutrition était en bon état, il n'y avait pas de fièvre, l'examen des organes sexuels extérieurs n'y fit reconnaître aucune altération. Cependant, quoique le toucher n'eût fait constater aucune lésion du col utérin, ni du corps de l'organe, je trouvai le pourtour de l'orifice du museau de tanche entouré d'une auréole rouge, sensible et saignant facilement au toucher, ou par l'abstersion avec un simple bourdonnet de coton cardé. La rougeur remontait dans le col utérin. Toute la partie malade fut touchée avec le nitrate acide de mercure, d'abord jusque dans l'orifice utérin. L'acide nitrique contenait 4 grammes de nitrate de mercure cristallisé, sur 32 grammes d'acide. Des injections tempérées furent faites immédiatement avec un clyso-pompe, le fond du vagin fut garni d'amidon en poudre, et la malade se releva du lit de repos sur lequel je venais de l'opérer, très surprise de ne plus sentir la douleur de tête qui la fatiguait depuis quatre ans entiers. Les pansements ont été faits régulièrement pendant un mois et demi avec les injections et l'amidon; j'ai pratiqué pendant cet espace de temps quatre ou cinq nouvelles cautérisations qui ont été renouvelées, de moins en moins fortes et étendues, jusqu'à ce que la partie ait cessé de rougir le bourdonnet qui servait à l'abstersion.

La malade venait chez moi tous les jours à pied ou en voiture pour ses pansements. La guérison a été complète dans le temps indiqué, guérison non-seulement de la phlegmasie

de la muqueuse, du col utérin et de la leucorrhée, mais encore de la céphalalgie de quatre ans dont il n'a plus été question depuis la première cautérisation. Plusieurs années se sont écoulées depuis cette époque ; elle a eu une fièvre scarlatine, dans laquelle je l'ai vue avec M. Jadioux, et la céphalalgie, ni le flux leucorrhéïque, n'ont reparu. La menstruation est restée régulière.

Je pourrais citer un grand nombre de faits du même genre, dans lesquels l'inflammation locale était le point de départ d'accidents secondaires qui ont cessé plus ou moins instantanément ou successivement, ou ont du moins été modifiés avantageusement par la cautérisation de la partie enflammée. Ainsi des gênes de la respiration, des palpitations, des dyspepsies, des douleurs gastralgiques, des diarrhées, des constipations, des dépérissements, etc., etc., associés à ces sortes d'inflammations comme coïncidence, ont été dissipés ou amendés d'une manière satisfaisante. Si je voulais citer des exemples, je ne serais que dans l'embarras du choix.

Deuxième fait.—Une jeune femme, svelte, âgée de vingt-quatre ans environ, était tombée depuis deux ans dans un dépérissement considérable ; elle avait un flux leucorrhéïque abondant, dont une inflammation chronique du museau de tanche fut reconnue la cause. Le traitement que je viens de décrire pour la précédente fut employé ; mêmes cautérisations, mêmes pansements faits chez moi ; l'écoulement augmenta d'abord à la suite de la cautérisation, comme cela devait être, puis diminua, et cessa peu à peu à mesure que la cicatrisation s'opéra, sans presque laisser de traces, comme dans le cas précédent. Je fus obligé d'associer à l'amidon un dixième d'alun en poudre pour maintenir la tendance à la cicatrisation et raffermir la muqueuse. Cette cicatrisation fut aussi accélérée à la fin par de très légères cautérisations avec le nitrate d'argent fondu. Bientôt cette personne récupéra la coloration et l'embonpoint qu'elle avait perdus avec ses forces. La menstruation a repris sa régularité ordinaire, elle est devenue enceinte, est accouchée sans accidents, et jouit de la meilleure santé qu'elle ait eue.

On voit par les deux exemples que je viens de citer que je n'impose pas le repos de la chaise longue à ces sortes de malades ; cette pratique, lorsqu'elle n'est pas indispensable, a de grands inconvénients en débilitant la constitution et en augmentant l'irritabilité. Elle énerve celles qui y sont soumises. Voici un exemple qui fera voir ses inconvénients, et démontrera son inutilité.

Troisième fait ; inconvénient du repos trop prolongé. — Une dame de province, âgée de vingt-sept ans, souffrait depuis une couche, arrivée quatre ans auparavant, de pesanteur sur le siége, de douleur lombaire et inguinale, de tiraillement d'estomac et de dyspnée, variant selon les positions qu'elle prenait et selon les aliments dont elle se nourrissait ; le flux leucorrhéïque était peu abondant, et la menstruation irrégulière, avec augmentation des souffrances aux époques des règles ; on lui avait fait garder le repos absolu, sur la chaise longue, depuis plus de trois ans et demi, lorsqu'elle se fit conduire à Paris. L'examen de sa situation me fit reconnaître un grand affaiblissement de la ligne blanche avec abaissement de l'utérus, qui était sans tuméfaction, et présentait un état inflammatoire chronique, dans l'intérieur et autour du museau de tanche. Elle était amaigrie, faible, très impressionnable et mal colorée ; on s'était borné à la position horizontale et à des injections de décoction de pavots ; afin de décomposer les éléments de son état de souffrance, je lui fis faire une ceinture avec un coussin hypogastrique qui pût soutenir les viscères supérieurs du ventre (au moins en partie), afin de les empêcher de peser autant sur l'utérus, que je fis soutenir par en bas au moyen d'une garniture et d'un coussinet périnéal. Grâce à cet appareil, cette personne put se tenir debout et assise, sans souffrir comme auparavant, et elle put commencer à marcher ; je la laissai se promener dans la ville pendant quelques jours, après lesquels, le flux leucorrhéïque continuant, je m'occupai de la phlegmasie chronique du museau de tanche. Toute la partie rouge et granulée fut cautérisée avec le nitrate acide d'abord, et ensuite avec le nitrate d'argent fondu ; les pansements furent faits d'abord avec de l'amidon en poudre et avec des irrigations. Plus tard je joignis à l'amidon une petite proportion d'alun, qui irrita et fut aussitôt remplacé par la céruse. Les premières cautérisations furent faites chez elle comme les premiers pansements ; mais ensuite la malade, comme d'autres, venait dans mon cabinet. Elle est retournée chez elle après deux mois et demi de séjour à Paris, qu'elle avait visité dans tous

ses détails ; elle continue à porter sa ceinture, sa garniture ; elle est devenue enceinte depuis, et est accouchée heureusement. Je ne me suis pas servi du pessaire pour soutenir l'utérus, eu égard à l'excès de son irritabilité.

Je pourrais fournir un grand nombre d'exemples semblables, dans lesquels le repos absolu dans la position horizontale a été nuisible à la constitution, sans avantage pour la maladie locale : ce qui m'a fait depuis longtemps renoncer à cette pratique toutes les fois que d'autres accidents ne m'ont pas obligé à la tolérer.

Telle est la médication que j'ai employée et que j'emploie depuis longtemps dans le traitement des inflammations chroniques de la muqueuse vaginale et utérine, ainsi qu'un grand nombre d'entre vous en ont été témoins ; car, dans l'intérêt de l'exactitude du diagnostic et des malades, je n'agis jamais dans ces sortes de cas sans un coopérateur, à moins qu'on ne me le refuse absolument, et alors même j'en cherche de bénévoles. MM. Marjolin, Nacquart, Jules Cloquet, Blandin, Breschet, Amussat, Leuret, Maisonneuve, Tessier, etc., etc., etc., connaissent l'authenticité que je donne à mes diagnostics et à mes traitements, afin d'arriver plus promptement et plus sûrement à une médication convenable dans ces sortes de maladies.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

SUR LA NOUVELLE OPÉRATION PROPOSÉE POUR *la guérison des opacités de la cornée*, par M. MALGAIGNE.

La lettre que nous avons adressée à l'Académie des sciences (voir ci-devant, page 154) a produit quelque rumeur parmi les chirurgiens, mais surtout parmi les ophthalmologistes. Plusieurs ont bien voulu nous écrire pour nous avertir que nous n'avions nul droit à la priorité ; ce qui, après tout, importe assez peu ; et puis, que nous nous étions gravement trompés sur les résultats de nos expériences, ce qui serait infiniment plus grave. M. Desmares s'est chargé de porter ces deux ordres d'objections devant l'Académie des sciences ; et M. Magne a bien voulu prendre la peine de réfuter M. Desmares, du moins sur la valeur réelle de l'opération. De l'Institut la question a passé dans les journaux, qui se sont tenus généralement dans une prudente réserve. Les *Annales de Thérapeutique* y ont consacré un article fort substantiel, que nous aurions analysé avec un grand plaisir, si les faits et les considérations qu'il renferme ne devaient faire partie d'un travail plus étendu, que nous préparons nous-même. Disons seulement que M. Rognetta, ayant voulu répéter l'excision d'une simple lame sur la cornée d'un lapin, n'a pas pu y parvenir. Cela peut prouver seulement que l'opération est fort délicate ; et, de fait, dans une de nos opérations sur l'homme, la cornée a été perforée en un point. Cependant nous n'avons pas éprouvé chez les lapins de ces difficultés qu'a rencontrées M. Rognetta.

Ce chirurgien ajoute *qu'il serait à désirer que les suites d'une opération aussi importante fussent déjà rendues publiques*. Il n'a pas fait attention sans doute que les adversaires de cette opération déclarent que la cornée pourra bien apparaître transparente dans les premiers temps ; mais que l'opacité reviendra inévitablement un peu plus tard. Annoncer prématurément des résultats heureux, serait donc s'exposer à la triste nécessité de les démentir plus tard ; et si, pour satisfaire au désir exprimé par les *Annales de Thérapeutique*, nous indiquons rapidement ce qui est arrivé à notre première opérée, c'est en faisant nous-même toutes réserves quant aux conséquences ultérieures.

Il y a maintenant plus de deux mois que la première opération a été faite. Des imprudences réitérées de la malade nous ont fait regarder d'abord tout espoir comme perdu ; après une vive inflammation, la cornée semblait aussi opaque que devant. Puis, peu à peu, à notre grande admiration, les taches résultant de l'opération se sont éclaircies ; l'œil a commencé à distinguer les objets ; bientôt la jeune fille a reconnu les lettres majuscules ; puis les caractères ordinaires d'un gros volume ; et enfin, il y a 8 jours, elle a lu en pleine clinique une ligne en caractère gaillarde. Elle a, du reste, été visitée à l'hôpital par plusieurs chirurgiens du Bureau central et des hôpitaux, qui ont pu juger de l'amélioration progressive. Il n'y a jamais eu ni diplopie, ni saillie de la cornée, rien de ces périls imaginaires dont on prétendait nous effrayer par avance.

Cette guérison persistera-t-elle ? Nous le

saurons; car nous avons pris soigneusement l'adresse de la malade, qui a promis d'ailleurs de revenir à notre consultation tous les quinze jours. Il y a un autre opéré dans nos salles, mais trop peu avancé pour en parler; et deux autres malades réservés probablement à l'opération. Tous les faits seront d'ailleurs publiés *in extenso*, quel qu'en soit le résultat; nous pouvons toutefois ajouter ici déjà le résultat d'une expérience qui n'a pu être poussée plus loin, l'animal ayant succombé à des causes étrangères. C'était un lapin qui avait subi l'opération, et avait eu à la suite la cornée fort opaque. Nous fûmes fort surpris de trouver six semaines après que l'opacité avait diminué de plus des trois quarts; et voulant aider la nature en quelque chose, nous avions chargé un de nos internes d'appliquer sur l'œil dudit lapin une pommade résolutive, lorsque l'animal succomba comme il vient d'être dit. Tout cela est de date encore trop récente pour emporter les convictions; il est remarquable pourtant que jusqu'ici les prédictions fâcheuses de nos ophthalmologistes se sont trouvées en désaccord complet avec l'observation.

NOUVELLE DOCTRINE DE L'INFECTION PURULENTE; *lettre à M. le professeur Blandin*, par J.-P. TESSIER.

Cette lettre, publiée dans le numéro de décembre de la *Gazette médicale*, est la deuxième en date; la première remonte au mois de juin, et M. Blandin y avait fait une réponse. On sait, du reste, que la doctrine professée par M. Tessier est d'une date beaucoup plus ancienne; il l'avait émise dès 1836 dans un mémoire présenté à l'Académie royale de médecine, et dès lors il avait trouvé dans M. Blandin un redoutable adversaire; il l'avait exposée avec un grand éclat dans l'*Expérience* en 1838, et il la soutient aujourd'hui avec autant de persévérance que M. Blandin en met de son côté à la combattre. Si un débat qui dure depuis six ans n'a pu ébranler les convictions contraires de deux observateurs si recommandables, il faut assurément que la question soit bien ardue et difficile. Commençons par rappeler rapidement les principaux termes de la discussion.

M. Blandin a donné le premier le nom d'*infection purulente* à cet état dans lequel le sang mêlé dans ses propres vaisseaux, non pas seulement avec les éléments du pus, mais bien avec le pus en nature, est transporté ainsi altéré dans toute l'économie et distribué dans tous les organes. Cette infection, selon lui, est toujours la conséquence d'une inflammation vasculaire, veineuse le plus souvent, qui s'est terminée par suppuration, le pus se trouvant entraîné par les courants sanguins voisins du lieu où il s'est formé; et l'infection une fois produite engendre à son tour les abcès dits métastatiques. Mais, comme cet entraînement n'est pas toujours possible, la phlébite ne constitue qu'une prédisposition à l'infection purulente; en sorte que, chez les blessés ou les opérés, il peut se développer trois états morbides fort graves: la phlébite, l'infection purulente, et les abcès métastatiques; de telle façon que le premier est la cause d'où les deux autres découlent plus ou moins immédiatement, et dont il importe d'autant plus d'opérer la distinction, que leur succession, bien que très fréquente, n'est cependant ni constante ni nécessaire. Telle est exactement la doctrine de M. Blandin.

M. Tessier rejette ce passage du pus dans le sang; au lieu d'une infection, il y a, selon lui, *diathèse et fièvre purulente;* et il écrit en propres termes: — « La fièvre purulente ne peut pas résulter du passage du pus dans le sang à la suite des phlébites suppurées, parce que *ce passage est impossible*, attendu que le pus, à toutes les périodes de l'inflammation veineuse, est séquestré dans le canal de la veine enflammée par des caillots et des fausses membranes. » Sans doute la doctrine ne s'arrête point là; et en supposant la théorie de l'infection détruite, il s'agit de savoir si la théorie de la diathèse est mieux appuyée; mais la discussion actuelle est tout entière renfermée dans ces termes; M. Blandin admettant que le passage du pus est *quelquefois* impossible, M. Tessier affirmant qu'il l'est *toujours*.

De prime abord, nous dirons que la question nous paraît mal posée, et que la conclusion de M. Tessier déborde un peu trop ses prémisses. A lui permis, au cas où il l'aura prouvé, de dire qu'il n'existe pas un seul fait démontrant le passage du pus d'une phlébite dans la circulation générale; mais affirmer que ce fait inobservé aujourd'hui ne se présentera pas demain, cela ne convient qu'aux sciences dont les principes sont mieux arrêtés que les nôtres. Ne disputons point du possible ou de l'impossible; nous avons déjà bien assez de nous débattre avec les réalités.

La vraie question est donc de savoir s'il y a des faits qui prouvent le passage du pus dans le sang. M. Blandin allègue d'abord ses observations propres; et il y joint celles de Hunter, de Dance et d'*une foule d'autres*.

Nous ferons bon marché des observations beaucoup trop vantées de Dance; M. Tessier en a fait une critique si rude et si décisive, que le mieux sera désormais de les laisser à l'écart. Celles de M. Cruveilhier sont beaucoup plus exactes, et nul autre anatomiste peut-être n'a si bien étudié les diverses phases de la phlébite. Mais la description tracée par cet habile professeur est précisément toute en

faveur des idées soutenues par M. Tessier ; et il nous sera permis d'ajouter que, tout récemment, ayant demandé à M. Cruveilhier lui-même s'il avait vu le pus communiquant librement avec le sang dans une veine, il nous répondit, après y avoir songé un instant, qu'il n'oserait ni l'affirmer ni le nier, mais qu'il n'en avait aucun souvenir.

Mais la discussion devient plus difficile avec M. Blandin qui affirme, lui, avoir vu ce que M. Cruveilhier n'a point vu, ce que Dance n'avait fait qu'imaginer, ce que M. Tessier refuse d'admettre. C'est même à propos d'une observation recueillie dans le service de M. Blandin que s'est élevé ce nouveau débat. Voyons donc en quoi consiste cette observation.

Un opéré meurt avec tous les symptômes de l'infection purulente. A l'autopsie on trouve des abcès métastatiques dans les poumons, et, en en recherchant la cause, une phlébite avec suppuration dans la veine crurale. Toutefois, immédiatement au-dessus de la collection purulente, « *il existe un caillot fibrineux, ou plutôt formé de pus concret, et qui adhère aux parois de la veine dans toute sa circonférence, et dans la longueur de 2 ou 3 centimètres. Ces adhérences sont assez solides pour empêcher le pus de gagner la partie supérieure et de passer dans le torrent circulatoire.* »

Il faut en convenir, si la théorie du passage direct du pus dans le sang n'avait pas en sa faveur de faits plus concluants, il serait difficile de comprendre comment elle aurait séduit tant d'excellents esprits; et M. Tessier demande à juste titre comment le pus aurait pu franchir cette barrière d'un caillot si adhérent et si solide. M. Blandin a prévu l'objection; il y répond par avance en alléguant que « ce bouchon était formé par du pus concret, où que tout au moins il s'était laissé pénétrer par le pus placé au-dessous de lui; or, ajoute-t-il, dans l'une ou l'autre hypothèse, il n'a pas pu s'opposer à l'entraînement du pus par le courant sanguin de la veine saphène interne, avant sa solidification dans le premier cas, après son imbibition purulente dans le second. » Ces explications sont-elles bien satisfaisantes? M. Blandin lui-même ne les a données qu'à titre d'hypothèses ; et nous ne voyons dans la réalité pure qu'un caillot qui, selon les termes de l'observateur même, empêchait le passage du pus.

Jusque-là donc, M. Tessier triomphe; les faits sont pour lui ou du moins ne sont pas contre lui. Manifestement, pour ruiner sa doctrine, il faudrait lui faire voir des phlébites suppurées non limitées par un caillot ou par une inflammation adhésive. Or J. Hunter, qui le premier a jeté une si vive lumière sur l'histoire de la phlébite, a précisément noté un cas de ce genre; nous le reproduirons littéralement :

« En examinant, dit Hunter, le bras d'un homme qui était mort à l'hôpital Saint-Georges, je trouvai les parois des veines, tant au dessous qu'au dessus de l'ouverture faite par la lancette, réunies en plusieurs endroits par l'inflammation adhésive. J'observai aussi que, dans plusieurs parties de la surface interne des veines, la suppuration avait commencé, comme on l'observe sur les surfaces enflammées, mais qu'elle n'était pas encore arrivée à la période d'ulcération. Dans plusieurs autres points, l'ulcération avait détruit le tissu de la veine dans la direction de la surface du corps : il s'était formé un abcès circonscrit. *Auprès de l'aisselle, la veine avait suppuré ; mais au-delà de cette région il ne s'était point formé d'adhérence, de sorte que le pus avait eu un libre passage dans la circulation générale, et c'était probablement cette circonstance qui avait causé la mort.* »

Ce fait rappelé par M. Blandin paraît avoir un peu tourmenté M. Tessier. Il cherche donc à en détruire l'autorité, et il s'écrie :

« Est-ce là un fait constaté? La veine, dit-il, avait suppuré ; mais a-t-il trouvé du pus, oui, ou non? S'il en a trouvé, il peut donc se former un abcès sans adhérence, ce qui est contraire à ce qu'il vient de dire ; s'il n'en a pas trouvé, comment peut-il affirmer que la veine a suppuré? »

Malgré toute la rareté et, si l'on veut, l'étrangeté du fait, ces objections ne nous semblent point recevables. *Est-ce là un fait constaté?* M. Tessier n'a pas voulu dire sans doute que Hunter l'aurait inventé ; seulement il paraît croire que l'observateur s'est trompé; et de là ce dilemme : *a-t-il trouvé du pus, oui ou non?* Il est à présumer qu'il en a trouvé, puisqu'il affirme que la veine avait suppuré ; et le dernier refuge de M. Tessier est dans cet argument: *s'il en a trouvé, il peut donc se former un abcès sans adhérence, ce qui est contraire à ce qu'il vient de dire.*

Mais quand Hunter aurait observé un fait contraire à ses théories, êtes-vous donc en droit de conclure pour les théories contre le fait? Il faudrait, comme vous-même vous l'avez dit de Dance, louer hautement l'observateur d'avoir laissé le fait intact et fourni ainsi des preuves contre lui-même. Est-il vrai cependant que Hunter se soit contredit? En aucune façon; Hunter dit seulement que quelquefois l'inflammation adhésive obstrue la veine entre le point qui suppure et le cœur, et qu'alors le pus s'accumule dans un foyer circonscrit, ce qui constitue un abcès : et il dit non moins nettement que quand le pus passe librement dans le sang, il ne s'accumule pas en foyer, ce qui est très clair, et conséquemment qu'il n'y a pas d'abcès possible. Ce qu

n'empêche pas qu'on ne trouve du pus dans la veine, comme on en trouve dans les veines enflammées ouvertes à la surface du moignon.

Mais l'observation de J. Hunter est-elle si rare, après tout, qu'il soit difficile d'en citer d'analogues? M. Blandin, d'un côté, affirme qu'il a vu dans des phlébites suppurées le pus libre dans la cavité de la veine; M. Bérard aîné, qui a traité cette question à l'article PUS du Dictionnaire en 30 volumes, dit avoir fréquemment constaté que le pus contenu dans les veines pouvait être sans obstacle conduit du côté du cœur; il rapporte un fait de M. Velpeau qui paraît hors de toute espèce de doute; et pourquoi d'ailleurs aller chercher si loin des exemples? M. Tessier lui-même a déclaré quelque part qu'il en avait vu plusieurs; seulement il a tenté d'en donner une interprétation qui sauvât sa théorie. Suivant lui, donc :

« Il arrive souvent qu'au moment même où une phlébite se développe, le sang est déjà modifié sous l'influence de la diathèse purulente... Dans ces cas, lorsqu'une phlébite s'arrête à une certaine distance d'une grosse veine collatérale, il reste entre le caillot obturateur et cette collatérale une portion de veine dans laquelle le sang stagne... Ce sang stagnant se présente tantôt à l'état de caillots demi-liquides et noirâtres, tantôt à l'état de fluide noirâtre et non coagulable, *tantôt à l'état de pus...* Mais ce sang purulent ne résulte pas d'un mélange du pus contenu dans le foyer; en effet, je l'ai toujours trouvé isolé du foyer par une adhérence obturatrice.... Dans ce cas-ci, la veine n'est point enflammée, et elle conserve ses caractères de souplesse et de transparence dans ses parois. Ce sang, plus ou moins purulent, peut évidemment se mêler au torrent circulatoire; mais c'est là une circonstance fort indifférente, si le sang qui circule est déjà lui-même en voie de transformation. »

Au point où nous sommes arrivés, nous pouvons bien arrêter et clore le débat; car tout le monde est d'accord sur la réalité des faits; c'est sur l'interprétation seule que l'on diffère. Ainsi, en résumé:

1° Il y a des phlébites dans lesquelles le pus est exactement limité par des caillots ou par des adhérences. Alors les adversaires de M. Tessier présument que le pus, par infiltration ou de toute autre manière, peut encore se mêler avec le sang; le fait nous paraît répugner absolument à cette hypothèse;

2° Il y a des cas dans lesquels le pus est libre dans la veine, et *peut évidemment se mêler au torrent circulatoire;* mais M. Tessier prétend qu'alors il n'y point de phlébite, mais bien transformation directe du sang en pus sous l'influence de la diathèse purulente; et comme preuve, il avance que la veine garde sa souplesse et sa transparence.

Cette interprétation est-elle admissible? Nous n'avons jamais vu de cas de ce genre, et nous ne saurions répondre par nous-mêmes. Les adversaires de M. Tessier ne l'ont pas encore suivi sur ce terrain, et la première question à résoudre désormais sera de savoir si, dans ces cas de libre communication du pus, la veine est ou non altérée dans sa texture, en un mot, s'il y a ou s'il n'y a pas phlébite. Jusque-là nous nous tiendrons dans le doute sur la valeur définitive de l'une et de l'autre théorie.

DE L'INUTILITÉ DE L'EXTIRPATION DES CANCERS, par M. LEROY D'ÉTIOLLE.

Tel est le titre qui conviendrait le mieux à un mémoire sur la *diathèse et la dégénérescence cancéreuses*, lu récemment à l'Institut par M. Leroy d'Etiolles. Frappé du dissentiment qui règne parmi les praticiens au sujet de l'opération du cancer, et désirant pour son propre compte savoir précisément à quoi s'en tenir, il a cherché à faire une statistique des affections cancéreuses; après avoir dressé en diverses langues des tableaux indiquant les points à éclaircir, il les a adressés aux universités, aux sociétés savantes, aux médecins les mieux placés; et c'est ainsi qu'il a obtenu des renseignements de tous les départements du royaume, et de plusieurs pays étrangers. En attendant une collection plus complète de ce côté, il a commencé par réunir ses documents français, et ce premier travail comprend une masse de 2781 faits recueillis par 174 médecins. Des chiffres aussi imposants lui permettaient d'éclaircir plusieurs questions de l'histoire des cancers, même en dehors du traitement; voyons à quels résultats il a été conduit.

En examinant d'abord l'âge des sujets, on trouve que sur ces 2781 malades,

1227 avaient plus de 40 ans;
1061 avaient plus de 60 ans.

Si l'on recherche ensuite la fréquence relative du cancer dans diverses organes, on voit que le cancer de l'utérus figure dans la masse pour $\frac{30}{100}$;—celui des seins pour $\frac{24}{100}$;—le cancer des lèvres chez les hommes (probablement par suite de l'usage de la pipe), pour $\frac{26}{100}$;—chez les femmes seulement pour $\frac{1}{2}$ centième.

Quant aux influences sous lesquelles se développe le cancer, M. Leroy établit que la transmission héréditaire est pour 1 dixième seulement, les scrofules pour un dixième, la syphilis pour 1 cinquième; pour le reste la cause première est inconnue.

Nous rapportons ici exactement les données échappées à l'auteur; nous disons *échappées*, car il est évident qu'une statistique aussi va-

gue et aussi incomplète perd presque toute sa valeur. M. Leroy a prévu ce reproche ; il répond par avance qu'*il n'a pas eu la pensée de faire ressortir de cette statistique toutes les déductions qu'on peut y puiser*. Mais c'est précisément de quoi nous nous plaignons ; et s'il n'a pas voulu se livrer lui-même à ce travail, au moins aurait-il dû publier ses tableaux, afin que les déductions n'en fussent pas perdues. Sur la question même qui a principalement attiré son attention, la question de la terminaison du cancer opéré ou non opéré, nous regrettons de ne pas trouver beaucoup plus de précision et de netteté.

« Ce que je demande aujourd'hui à cette statistique, dit l'auteur, ce que nous ne pourrions attendre d'aucune autre, c'est de nous apprendre si l'on fait vivre plus longtemps en extirpant le mal qu'en l'abandonnant aux seuls efforts de la nature. Eh bien ! nous trouvons que sur 1192 malades non opérés qui vivent encore ou qui sont morts cancéreux, 18 ont vécu plus de trente ans après le développement de la maladie, laquelle parvenue à un certain degré demeurait stationnaire et indolente ; tandis que sur 801 cancéreux opérés, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, nous en trouvons 4 seulement dont l'existence se soit prolongée pendant le même laps de temps.

« Pour la durée de 20 à 30 ans, nous trouvons 34 non opérés, 14 opérés.

« Pour la période de 6 à 20, la catégorie des opérations nous donne 88, et celle de la non extirpation 228. L'avantage sous le rapport des longues durées d'existence n'est pas, comme on le voit, du côté des opérations. »

Il y a d'abord une erreur matérielle dans les chiffres que M. Leroy devra corriger ; 1192 malades non opérés et 801 opérés font un total de 1993 malades ; en sorte qu'il en reste 788, d'après son compte, qui ne figurent ni dans l'une ni dans l'autre catégorie, et qu'il est urgent d'y réintégrer.

Et puis, comment dans ces opérations confondre celles qui ont été pratiquées pour le cancer des lèvres par exemple, où la mortalité est très faible, et les extirpations du sein, où la mortalité est très forte ? Sans doute en montrant que l'opération tue fréquemment par elle-même, la thèse que soutient M. Leroy aura un argument de plus ; mais notre rôle à nous n'est pas de renforcer ou d'affaiblir *à priori* une thèse quelconque ; ce qui nous importe est d'avoir des documents clairs et précis.

Après les malades qui ont vécu le plus longtemps, M. Leroy revient à ceux qui ont vécu le moins longtemps.

« Nous trouvons alors, dit-il, prenant pour point de départ l'apparition de la maladie, que la durée de la vie des non-opérés est de 5 ans pour les hommes, 5 ans 6 mois pour les femmes ; tandis que pour les cancéreux opérés, la durée moyenne, toujours à partir du développement, est de 5 ans 2 mois pour les hommes, 6 ans pour les femmes.

« Mais si maintenant, décomposant ce résultat, nous recherchons quel temps s'est écoulé avant et après l'opération, nous trouvons une durée moyenne pour les hommes de 3 ans 9 mois avant l'opération, et de 1 an 5 mois seulement après ; pour les femmes de 3 ans 6 mois avant l'opération, et de 2 ans 6 mois après. »

Et pourquoi, s'il vous plaît, n'avoir pas fait cette décomposition pour les opérés qui ont vécu plus de 5 ou 6 ans ? Comment aussi, en séparant les sexes, ne pas avoir songé à la séparation beaucoup plus importante des âges ? M. Leroy n'est nullement frappé de ces lacunes ; il s'admire dans son œuvre, il se rend quelque part cette justice à lui-même :

« Une condition indispensable à observer dans toute statistique, c'est de n'établir de comparaison qu'entre des cas semblables. Pour celle-ci, il importait, et je n'y ai pas manqué, de prendre séparément chaque organe et chaque forme apparente de la maladie. »

Laissons d'abord ce principe si légèrement posé, que la statistique veut des faits *semblables*. Là où les faits sont semblables, il suffit d'un seul pour les juger tous, et la statistique est inutile ; c'est pourquoi la physique et la chimie, agissant sur des faits semblables, n'ont nul besoin de statistique. C'est bien assez, et il est déjà fort difficile de rassembler les cas les plus analogues ; et véritablement on dirait que M. Leroy n'y a même pas songé. Il a pris *séparément chaque organe*, et *chaque forme de la maladie*. Mais où donc ? Partout ailleurs assurément que dans son mémoire, où nous n'en trouvons pas le premier mot.

Nous insistons sur cette critique, parce que nous regardons la pensée qui a inspiré ce travail comme véritablement importante, et parce que nous désirons que M. Leroy achève, avec toute la rigueur désirable, l'œuvre qu'il a si largement commencée. En classant tous ses faits, en n'en omettant aucun, il arrivera certainement à des conséquences inattaquables ; tandis qu'il n'y en a pas une seule maintenant qui soit à l'abri des objections. Voici, par exemple, le paragraphe le plus remarquable peut-être du mémoire ; il soulève une des plus hautes questions de théorie, et il ne craint pas de conclure ; mais qu'est-ce qu'une conclusion tirée d'une centaine de faits sur près de trois mille ?

« Les médecins qui croient à la dégénérescence et à l'infection diront sans doute que si l'extirpation est ordinairement suivie de

récidive, si elle produit si peu de guérisons, c'est qu'elle n'a pas eu lieu assez tôt. Interrogeons à cet égard les chiffres, et nous apprendrons que dans le nombre des maladies cancéreuses qui ont récidivé, et se sont terminées d'une manière funeste, 61 avaient été extirpées moins d'un an après leur apparition. Et, comme contre-partie de ce résultat, nous voyons que 30 malades opérés après 5 ans écoulés depuis le développement ont été exempts de récidive, et qu'il en a été de même pour 22 autres opérés après plus de 10 ans. Que devient en présence de ces rapprochements la théorie de la dégénérescence et de l'infection? »

La conclusion générale du mémoire est qu'il ne faut opérer aucun cancer, et que l'intervention de la chirurgie est inutile et même préjudiciable. Or, cette conclusion est illogique et fausse de tout point ; elle ne ressort en aucune façon de la statistique invoquée à l'appui ; et elle est bien loin de compter autant d'autorités en sa faveur que M. Leroy a l'air de le croire. Nous citerons, par exemple, d'après lui, ce passage d'une lettre de M. Flaubert de Rouen :

« La plupart des cancers que j'ai opérés, écrit M. Flaubert, ont reparu, soit à la place qu'ils occupaient, soit dans le voisinage ou au loin. Maintenant je n'opère les cancers qu'à contre-cœur. Je n'opère plus ceux qui s'accompagnent de ganglions, de douleurs de reins, de douleurs comme rhumatismales ; et *je suis convaincu, malgré quelques cas de non-récidive, que l'espèce humaine gagnerait à la défense presque absolue de l'ablation des cancers.* »

Il semble qu'on ne puisse rien dire de plus fort; et pourtant nous irons plus loin que M. Flaubert lui-même, et nous dirons que la défense *absolue* d'opérer le cancer serait favorable à l'espèce humaine. Mais qu'est-ce que cela fait en réalité à la pratique? et d'abord qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que sur 100 individus par exemple, 95 ou plus gagneraient à ne pas être opérés? et que le malheur de deux ou trois autres qui pourraient y perdre serait un léger dommage pour la masse. Mais le chirurgien au lit du malade n'a pas à s'enquérir de l'espèce humaine; et le vrai point, et le seul point qui le touche, est de rechercher si le malade ici présent gagnera ou perdra à l'opération.

Quelles sont donc enfin les indications légitimes auxquelles le chirurgien pourra et devra même obéir? Il serait trop long de les produire ici avec tous les développements nécessaires; mais tout praticien consciencieux les trouvera aisément de lui-même, en appliquant à la médecine opératoire cette grande loi de la morale universelle : *Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qui te fût fait.*

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, *considérée dans ses rapports avec les fonctions du pharynx et du larynx,* par M. BÉGIN.

La résection de la mâchoire inférieure ne menace en général la vie des sujets, ni par l'abondance du sang perdu, ni par la violence des douleurs et l'épuisement qui en est la suite, ni par la gêne subite apportée à des fonctions importantes; sous ces divers rapports, qui comprennent les dangers immédiats des opérations, celle-ci présente des conditions ordinairement favorables. Seulement, dès que les sections de l'os sont portées des deux côtés à une certaine distance en arrière, il se produit parfois tout à coup un accident capable d'occasionner instantanément la mort; la langue se porte en arrière, s'y pelotonne, s'y contracte, et y forme un obstacle insurmontable à l'entrée de l'air dans le larynx; ce danger, signalé d'abord par Delpech, s'est assez souvent représenté depuis; dans un cas très grave, M. Lallemand fut obligé d'ouvrir le larynx en toute hâte pour remédier à l'asphyxie. De là le précepte généralement suivi de se rendre maître de la langue, avant de couper ses dernières attaches, soit en la faisant saisir par un aide dont les doigts sont garnis de linge, soit en traversant sa face inférieure avec un fil dont l'aide s'empare.

Tout cela est suffisamment connu ; mais ce qui avait échappé à l'observation, c'est que la rétrocession ou le pelotonnement de la langue en arrière peut ne se produire que consécutivement, avec lenteur, n'entraver que graduellement les fonctions du pharynx, n'altérer enfin les rapports du larynx au point de déterminer l'asphyxie qu'à l'époque où cet accident ne semble pas à redouter et où la guérison paraît certaine. Voici le fait qui a éveillé sur ce point l'attention de M. Bégin; nous dirons après quelles sont les conséquences pratiques qu'il en a tirées.

Un homme de 54 ans entra à la clinique de Strasbourg pour se faire opérer d'un énorme cancer siégeant sur la partie moyenne de la mâchoire inférieure. La résection dut être portée assez loin ; à gauche, la mâchoire fut sciée sur son angle ; à droite, l'opérateur dut couper d'abord avec des ciseaux courbes l'attache du muscle temporal à l'apophyse coronoïde, puis glisser la scie à chaîne derrière le col maxillaire et en opérer la section. Après la ligature des vaisseaux et pendant les quelques instants de repos accordés au malade avant de procéder au pansement, on put observer la rétrocession linguale primitive ; l'aide chargé de maintenir la langue ayant été distrait, cet organe se porta brusquement en arrière, s'y pelotonna, formant une sorte de globe appliqué avec force contre le fond

de l'arrière-bouche ; la respiration s'arrêta aussitôt, le sujet s'affaissa sur lui-même, les yeux se renversèrent dans les orbites, de légères secousses agitèrent les membres ; et ces phénomènes alarmants ne cessèrent que quand l'opérateur, saisissant le fil passé à la face inférieure de la langue, la retira en avant et mit ainsi un terme à l'obturation du larynx.

Les lambeaux avaient été taillés de manière à pouvoir se réunir sur la ligne médiane ; ils furent fixés par la suture entrecoupée, la langue retenue à l'un de ces points de suture, et le tout affermi par un bandage contentif.

Les premiers accidents ne présentèrent rien de grave. Seulement le second jour la déglutition devint difficile, s'accompagna d'une toux provoquée par le passage d'une partie des liquides à travers la glotte, et il fallut placer dans l'œsophage une sonde dont le pavillon fut ramené à la narine. Cette sonde, d'ailleurs bien supportée, permit l'ingestion facile des boissons et d'aliments demi-liquides. L'état général s'améliora rapidement ; seulement de temps à autre la respiration devenait laborieuse. La chute prématurée des points de suture avait obligé de fixer la langue aux premières pièces du pansement sans que la guérison parût devoir être moins assurée. Tout à coup, le onzième jour, l'opéré fut pris d'un accès de suffocation des plus intenses ; la tête renversée en arrière, le visage livide, les lèvres bleuâtres, les yeux hagards, la respiration haute et suspirieuse, le pouls petit et concentré. Le chirurgien de garde, appelé aussitôt, essaya quelques stimulations extérieures, ôta la sonde œsophagienne ; mais les efforts continuèrent ; les voies respiratoires s'engouèrent, et en quatre heures, malgré les moyens les plus actifs, le malade succomba.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort, avec le plus grand soin, pour ne rien déranger ni à l'appareil, ni à l'état des parties. Une incision pratiquée le long de la région latérale droite du cou pénétra dans le pharynx et l'œsophage sans altérer aucun rapport. — « On put observer et constater alors que la glotte, directement inclinée en arrière, était en contact avec la paroi postérieure du pharynx qui lui formait une sorte d'opercule ; que l'hyoïde, au lieu d'être horizontal, avait une direction parallèle à l'axe du cou ; enfin que la langue, entraînée vers le fond de la gorge, y formait une sorte de globe assez semblable à la partie moyenne d'un muscle fortement contracté. Les bords de la glotte étaient légèrement tuméfiés ; un liquide spumeux, médiocrement abondant, occupait les bronches ; le parenchyme pulmonaire, surtout du côté droit, était engoué ; les cavités droites du cœur et les veines contenaient beaucoup de sang. Les autres organes ne présentaient aucune trace appréciable de lésion. »

Voilà donc un exemple de rétraction consécutive, dans laquelle, ainsi qu'on le voit, non-seulement la langue était portée en arrière, mais le larynx et l'hyoïde avaient subi un mouvement de bascule de bas en haut et d'avant en arrière, par l'effort continu des muscles stylohyoïdiens, digastriques, stylo-glosses, etc. Le fait bien constaté par la dissection, la théorie est facile à déduire ; mais une autre recherche plus importante pour la pratique doit tendre à découvrir la cause directe de cette rétraction et les moyens de s'y opposer.

La cause n'est nullement obscure ; en divisant les insertions antérieures de la langue et de l'os hyoïde, on laisse toute liberté d'action aux muscles postérieurs ; cette action est d'autant plus puissante que la résection se rapproche davantage des angles de la mâchoire ; de là, en ce qui concerne le pronostic, un plus grand péril à mesure que la résection est plus considérable ; et pour le traitement, la nécessité de retenir la langue en avant, par des moyens assez puissants pour contre-balancer l'action des muscles postérieurs. Cette nécessité avait bien été aperçue ; mais comme on ignorait le danger signalé aujourd'hui par M. Bégin, on n'avait proposé que des moyens insuffisants ou illusoires.

On a recommandé de fixer la langue aux dents demeurées intactes sur les deux tronçons de l'os. Mais il est évident que plus la résection aura porté en arrière, et moins les dents conservées seront propres à cet office ; de telle sorte que cette triste ressource échapperait précisément d'autant plus que le besoin s'en ferait sentir davantage.

On a proposé d'attacher le fil qui retient la langue à l'appareil de pansement ; l'observation qu'on vient de lire témoigne d'abord contre l'insuffisance de cette précaution. M. Bégin remarque, de plus, que le mode de pansement même favorise, en beaucoup de cas, la rétraction consécutive. En réunissant d'un côté à l'autre les parties molles, le chirurgien tiraille la peau, l'oblige à presser les parties antérieures qu'elle embrasse, et à les rejeter vers le centre de la région, c'est-à-dire vers la colonne vertébrale, avec une force proportionnée à l'étendue de la perte de substance qu'elle a éprouvée.

En conséquence, une première et importante précaution doit consister à n'appliquer dans les cas de ce genre que des appareils simplement contentifs. Rapprochez de haut en bas les portions transversales des incisions, mais évitez tout rapprochement laborieux des lambeaux latéraux dans la direction longitudinale. Sans que l'art ait tant à se tourmenter, la nature suffit à fermer la plaie,

à suppléer jusqu'à un certain point les parties enlevées, de façon même à dépasser souvent les espérances qu'on avait conçues.

Quant au moyen de maintenir solidement la langue et le larynx, M. Bégin en a adopté un très simple, qui consiste à former une sorte de mâchoire inférieure artificielle avec un fil métallique solide partant de la nuque, passant au niveau et à une distance convenable de la plaie, et fixé dans sa situation à l'aide de quelques jets de ruban. Sur le milieu de ce cercle, immobile et résistant, doit être attaché le fil qui traverse la face inférieure de la langue, laquelle sera ainsi maintenue jusqu'à ce qu'elle ait contracté de nouvelles et solides adhérences. La tension du fil d'attache, pour lequel il sera bon de choisir un lien en caoutchouc, sera calculée de manière à permettre les mouvements de déglutition, et à s'opposer seulement à ce que la langue s'éloigne trop en arrière; trop lâche, il serait manifestement inutile; trop tendu, il serait douloureux, gênerait les actions normales, et couperait trop vite les parties placées au devant de lui.

L'expérience, du reste, a déjà parlé en faveur du nouveau moyen.

« En 1838 et 1839, dit M. Bégin, indépendamment de plusieurs opérations plus restreintes de ce genre, j'ai pratiqué deux grandes résections de la mâchoire inférieure. Dans un de ces cas, les traits de scie portèrent sur les angles de l'os; dans l'autre, l'instrument agit au devant des deux dernières dents molaires d'un côté, et fut appliqué sur la branche maxillaire du côté opposé. Afin de remédier au désordre de la déglutition, je fus encore obligé, dans cette dernière circonstance, d'introduire une sonde œsophagienne qui fut retirée le huitième jour. Chez ces deux opérés, dont les observations ne présentent d'ailleurs rien de remarquable, il a été facile de constater combien le cercle métallique auquel la langue était fixée remplissait parfaitement le but proposé. Dans les deux cas, la guérison fut obtenue sans la plus légère menace de suffocation. Malgré l'absence de moyens de réunion d'un côté à l'autre, les parties se sont assez bien rapprochées pour que la difformité pût être dissimulée, chez le premier malade, à l'aide d'une sorte de cravate montante; et pour que, chez le second, il suffît d'un menton en argent pour prévenir la déperdition trop considérable de la salive. » (*Annales de la Chirurgie, avril* 1843.)

Obstétrique.

RÉTENTION PROLONGÉE D'UN FOETUS MORT DANS L'UTÉRUS, *observée à deux reprises différentes chez la même femme, par* MEYER, *de Creutzburg.*

Une femme de 33 ans, délicate, nerveuse, était accouchée en 1832 d'un fœtus mort à sept mois de grossesse, puis dans les cinq années suivantes de trois enfants vivants et à terme. L'usage des eaux ferrugineuses et une vie très régulière avaient sensiblement amélioré sa santé, lorsqu'en août 1839 elle devint enceinte pour la cinquième fois. Les premiers mouvements de l'enfant se firent sentir le 13 décembre. Quatorze jours après cette époque, elle éprouva une vive frayeur, puis des frissons, et bientôt un notable dérangement de santé consistant dans la constipation, des tiraillements douloureux dans le bas-ventre, la perte de l'appétit et du sommeil, de fréquents spasmes de poitrine, et bientôt de l'amaigrissement; par l'orifice utérin entr'ouvert s'écoulait en abondance un liquide jaunâtre, quelquefois sanguinolent, sans odeur ni âcreté. Le 27 mars 1840, sept mois après la conception, un fœtus de 20 semaines, putréfié ainsi que le placenta, fut expulsé au milieu d'une hémorrhagie très violente qui ne fut arrêtée qu'avec beaucoup de peine. Les règles reparurent le 24 avril, et les forces ayant été bientôt réparées, une nouvelle conception eut lieu en juillet 1841. Le 17 octobre, le fœtus cessa de vivre, après un frisson avec tremblement bientôt suivi des symptômes observés à la grossesse précédente. Divers moyens furent employés sans succès pour exciter la contractilité de l'utérus et débarrasser la malade. Le 6 février le fœtus putréfié fut expulsé par fragments. Une perte considérable suivit cette expulsion et alla croissant, jusqu'à ce qu'enfin, au bout de 24 heures, le placenta qui était très compacte eût été extrait. Les règles n'en revinrent pas moins au bout de quatre semaines, mais le rétablissement se fit longtemps attendre. (*Berlin. medic. Zeitung*, 1842. nº 52.)

Dans l'immense majorité des cas, la présence d'un fœtus mort dans l'utérus et sa rétention prolongée ne portent aucune atteinte à la santé de la mère. Il y a pourtant à cette règle quelques exceptions, et l'observation précédente, entre autres, en témoigne. Il n'est pas question des cas dans lesquels la rupture des membranes permet la pénétration de l'air dans la poche amniotique. La putréfaction au contact de l'air donne lieu, pour peu qu'elle se prolonge, à des accidents de résorption qui peuvent gravement compromettre la vie. Tel n'a point été le cas de Meyer. Inodore et sans âcreté aucune, l'écoulement aurait au contraire présenté une fétidité remarquable, si les membranes eussent été rompues. L'altération qu'a deux fois éprouvée la santé de la mère est donc la conséquence de la rétention prolongée du produit de la conception, et c'est parce que ce fait peut être considéré comme exceptionnel qu'il nous a semblé digne d'être rapporté.

Pharmacologie chirurgicale.

DES MOXAS DE MARMORAL, par M. A. GUÉPRATTE, D. M.

Mille substances ont été proposées pour la confection des moxas, et chaque jour en multiplie le nombre : des feuilles séchées à l'ombre, le duvet de certains végétaux, l'amadou, la laine, la soie, le coton cardé, la toile de coton, la moelle de certaines plantes, l'eau-de-vie, la poudre, etc., ont eu leurs prôneurs.

De ce coup d'œil rapide il ressort, à mon avis, que beaucoup de praticiens ne se sont pas rendu compte du mode d'action de ce moyen; car si le but était seulement de produire une escarre, et une suppuration dont l'effet est révulsif, pourquoi se préoccuperait-on, comme on le fait, de la matière à brûler? un charbon, un fer rougi au feu, un corps combustible quelconque serait mis en usage avec le même avantage. Mais, si je ne me trompe, le désir doit être d'obtenir une action lente et progressive, d'attirer les fluides vers le point sur lequel on agit, de déterminer une congestion pendant l'opération même.

Avec de semblables idées, nous rejetons à tout jamais l'alcool, la poudre à canon, les feuilles sèches.... l'amadou même que le docteur Potel, dont j'aime la pratique, emploie d'une manière exclusive. Le coton cardé a l'immense inconvénient de nécessiter le chalumeau dont le jeu n'est pas facile, quand on veut obtenir, comme il le faut ici, une ignition égale, régulière; plongé dans une dissolution de nitrate de potasse, il brûle seul, mais avec trop peu de régularité encore, et en lançant des flammèches toujours désagréables.

Après de nombreux essais, j'accorde la préférence *aux moxas*, trop peu connus, *de marmoral;* leur préparation est simple, leur application commode, et leur action régulière et facile se règle aux vœux de l'opérateur : une feuille de papier non collé, trempée dans du sous-acétate de plomb et séchée convenablement, suffit pour confectionner 60 cylindres qui brûleront seuls, toujours parallèlement à la base, et avec assez de lenteur pour développer graduellement cette chaleur qui doit enfin faire éclater l'épiderme et produire l'escarre. Ainsi, pas de flammèches, pas de fumée pour gêner le praticien, pour incommoder le malade, pour renouveler les quintes de toux des phthisiques, par exemple. Au papier je substitue généralement le calicot neuf sans apprêt; je taille des bandelettes ayant une fois et demie la hauteur des moxas, je les plie, les roule et retiens le dernier tour par quelques points d'aiguille séparés. De cette façon je n'ai pas un cylindre parfait, mais un cône tronqué dont la base a une assise assez large pour ne point nécessiter le secours d'un instrument particulier, d'une pince ou autre. Il tient seul, surtout en ayant soin d'humecter la peau. Il suffit donc de maintenir solidement le patient.

Tout récemment, dans le trimestre dernier, le docteur anglais Osborne a proposé pour moxa un morceau de chaux vive. Quelques gouttes d'eau jetées sur cette substance développent instantanément 500 degrés de chaleur. L'inventeur le met au-dessus de tous les autres à cause de son action subite : il me semble être tombé dans la faute que je reproche à beaucoup de ses prédécesseurs.

Nous, avec nos idées, nous le condamnons pour cette raison seule, parce que, nous le répétons, nous voulons un effet lent et progressif. Si nous pensions autrement, nous ne nous servirions jamais que du cautère actuel; mais l'expérience, notre grand maître en pareille matière, nous apprend tous les jours que ces deux moyens d'appliquer le feu ne s'emploient pas indifféremment l'un pour l'autre.

(*Clinique de Montpellier, mai* 1843.)

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATIONS OBSTÉTRICALES, par M. le docteur FABRÈGE, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, lauréat de la Faculté de la même ville, etc.

ACCOUCHEMENT PAR L'ÉPAULE, *engagement simultané des membres thoracique et abdominal gauches; terminaison par les seuls efforts de la nature.*

OBS. I.—Le 7 septembre dernier, à 9 heures du matin, je fus appelé par madame Mallet, accoucheuse, dans une maison de la rue Saint-Honoré. La personne pour laquelle on réclamait mon assistance était une femme de 26 ans, d'une constitution athlétique, aussi bien conformée que possible. Elle avait reçu, il y avait huit jours, un violent coup de pied dans le ventre; le travail était en pleine activité depuis 11 heures du soir de la veille; il y avait deux heures que la poche des eaux s'était rompue et à peu près complètement vidée. Un autre médecin avait été déjà appelé avant moi.

A mon arrivée auprès de la femme, je constatai une présentation du bras gauche, position acromio-iliaque gauche ou 2e position; de plus, le pied du membre abdominal du même côté était engagé assez avant dans le vagin : il avait été amené par le confrère qui m'avait précédé. Je cherchai à faire rentrer

le bras et à saisir l'autre pied; mes efforts furent inutiles : la matrice les paralysait par sa vigoureuse résistance.

Vers midi, nous fîmes plonger la patiente dans un bain général, à l'effet de calmer l'irritation que nos manœuvres avaient provoquée. Il y avait à peine une heure qu'elle y était, lorsque, sous l'influence d'une forte douleur, les membres thoracique et abdominal gauches se montrèrent en totalité hors de la vulve, et furent bientôt suivis du membre abdominal droit. Nous la fîmes de suite retirer de l'eau, et nous aidâmes à la terminaison de l'accouchement. L'arrière-faix sortit en même temps que la tête; la matrice revint sur elle-même avec une extrême rapidité; aussi, pas d'hémorrhagie. Du reste, l'absence de celle-ci, pendant tout le cours du travail, s'explique par cette circonstance que l'enfant étant mort, et depuis plusieurs jours, comme nous ont autorisés à le croire l'examen de son corps et celui du placenta, les vaisseaux utéro-placentaires devaient être vides de sang et en partie flétris.

Prescription : Potion calmante composée de sirop d'éther, de sirop thébaïque, ana. 15 grammes; d'eau de fleurs d'oranger, d'eau de menthe et d'eau de laitue, ana. 30 grammes, à prendre par cuillerées. —Infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger.

Quelques instants après la délivrance il s'établit une vive réaction générale.

8 *septembre.* L'accouchée a beaucoup souffert, la nuit, de douleurs rénales et de tranchées utérines; elle est en moiteur; elle a uriné plusieurs fois assez librement; perte ordinaire.

Prescription : Diète, infusion de fleurs de mauve miellée. Cataplasmes arrosés de laudanum sur la région hypogastrique.

9 *septembre.* Cessation des tranchées. Même prescription.

10 *septembre.* Douleur aiguë correspondant à l'S iliaque du colon. Nous pensons qu'elle est due à la présence de gaz et de matières fécales. Commencement d'éruption miliaire.

Prescription : Légère infusion d'anis vert, lavement avec eau de pariétaire et miel.

11 *septembre.* La douleur intestinale a cédé.

12 *septembre.* L'éruption est très considérable. Tension des seins, état fébrile.

Prescription : Eau de veau et de feuilles d'oranger. Nous recommandons aux personnes qui sont autour de la malade de ne pas trop la couvrir.

13 *septembre.* Douleurs de reins et d'entrailles. Les vésicules miliaires sont en pleine voie de dessiccation. État presque apyrétique.

Prescription : Lavement avec 60 grammes de miel mercuriel. Pour demain 45 grammes de sulfate de soude dans une pinte d'eau de veau.

14 *septembre.* Amélioration notable. A partir de cette époque, la malade se sent mieux de jour en jour. Vers la fin du mois, elle était parfaitement remise.

Cette observation nous apprend que l'engagement simultané d'une épaule et d'un pied n'est pas un obstacle à la terminaison de l'accouchement. En pareil cas, au lieu de se livrer à une manœuvre brutale pour faire remonter l'épaule et aller à la recherche du second pied, ce qui, lorsque les eaux se sont écoulées, pourrait être une cause de rupture de matrice, il vaudrait mieux tirer sur les deux membres, particulièrement sur l'abdominal. Si l'on n'avait pas le bonheur que nous avons eu, c'est-à-dire si la matrice, en se contractant, ne repoussait pas vers la vulve le second membre abdominal, il faudrait, aussitôt que la chose serait possible, chercher à l'entraîner au moyen d'un crochet mousse.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE LA POCHE AMNIOTIQUE.

Obs. II.—La femme D., âgée de 22 ans, d'une forte constitution, étant enceinte pour la deuxième fois, avait vu son ventre acquérir un tel volume, qu'elle croyait porter plusieurs enfants. Sa grossesse avait été extrêmement pénible. Ses digestions étaient difficiles et sa respiration gênée. Dans la nuit du 16 mars dernier, elle est prise, d'une manière subite, de douleurs qu'elle juge être celles de l'enfantement. Elle envoie appeler madame Mallet, sage-femme. Arrivée auprès d'elle, madame Mallet reconnaît la présence d'une poche qui ne tarde pas à se rompre et fournit plus de trois litres d'eau. Dès cet instant, le travail se ralentit, il cesse même tout à fait, mais pour se réveiller au bout d'une heure.

En procédant à un nouvel examen, madame Mallet est tout étonnée de sentir une seconde poche. Celle-ci ne se rompt que cinq minutes avant la sortie de l'enfant; elle ne donne qu'une petite quantité d'eau. L'enfant a succombé 24 heures après sa naissance, avec des symptômes de méningite. J'ai examiné moi-même le délivre, et j'ai constaté un décollement du chorion et de l'amnios dans l'étendue des trois quarts de la circonférence placentaire. Il est évident que ce décollement formait la poche dans laquelle étaient contenues les premières eaux qui se sont écoulées.

J'ai trouvé deux gros noyaux de matière lardacée sur la face externe du placenta.

Pour s'expliquer comment il se fait que dans le cours d'un travail d'accouchement il se produit quelquefois successivement deux poches, on a généralement supposé que les membranes ne s'étant déchirées que dans une très petite étendue en avant et en haut, et la solution de continuité étant oblitérée par la

tête, il se ramasse une nouvelle quantité de fluide amniotique. L'explication du phénomène, nous avons tout lieu de le croire, se trouvera souvent, désormais, dans une disposition analogue à celle que nous avons signalée. S'il était possible de reconnaître *à priori* une poche de fausses eaux, nous poserions le précepte qu'il faut l'évacuer de bonne heure, surtout quand elle est considérable, car elle expose le fœtus à une compression fâcheuse. Dans le cas actuel, ne serait-ce pas une circonstance de ce genre qui aurait été la cause de la mort?

ANALYSE PHILOSOPHIQUE D'UN CAS D'ANENCÉPHALIE.

Obs. III.—Dans les premiers jours du mois d'octobre dernier, je fus prié par madame Mallet d'examiner avec elle un fœtus de la famille des monstres, qui était privé de vie, qui provenait d'une jeune femme de sa clientèle. Voici le résultat de notre examen : Sujet du sexe masculin, offrant tous les attributs physiques d'un enfant à terme. Il porte sur le vertex une tumeur d'une teinte violacée, qu'à ses circonvolutions et à ses anfractuosités on a tout lieu, au premier abord, de prendre pour une portion du cerveau, et par conséquent pour une encéphalocèle. Cette tumeur, qui est à peu près ronde, a 9 centimètres de diamètre; elle est un peu affaissée et s'étend plutôt en avant qu'en arrière. Le moindre toucher suffit pour faire couler du sang. Cette dernière circonstance nous entraîne un instant vers l'idée d'une dégénération du cerveau en tissu érectile. En la disséquant de la périphérie au centre, nous trouvons qu'elle adhère à la table externe des deux pièces frontales par un tissu cellulaire assez serré, qu'elle fait irruption au-dehors par un col étroit à travers la fontanelle bregmatique, et qu'au delà de ce point elle s'épanouit à la manière d'un champignon. Une incision cruciale dans l'épaisseur de son corps nous permet de constater que nous avons affaire à un kyste dont les parois sont formées par les méninges, et dont la cavité renferme un mélange de sang et de sérosité. Il ne reste aucun vestige de toute la portion de l'encéphale située au-dessus du bulbe rachidien.

Les os qui entrent dans la composition de la boîte cranienne présentent tous une dureté extrême, toutes les vertèbres sont affectées de spina-bifida, et la moelle notablement atrophiée est comme noyée dans un liquide séro-sanguinolent.

Notre enquête anatomico-pathologique terminée, il était naturel que nous eussions le désir de rechercher une corrélation de cause à effet; nous interrogeâmes dans ce but l'accouchée, qui nous fournit les renseignements suivants. Elle est tripière, depuis son mariage qui ne date que d'un an, et elle se souvient d'avoir éprouvé une vive émotion, vers la sixième semaine de sa grossesse, en décrânant pour la première fois une tête de mouton. Elle s'est sentie encore profondément émue dans une représentation, à l'Ambigu-Comique, du drame lugubre de *La Voisin*. Un mois et demi avant son accouchement, elle a perdu connaissance en voyant son jeune neveu dans des convulsions. A quelques jours de là, le matin, au saut du lit et sans cause connue, elle tombait de nouveau en syncope, et son corps allait heurter violemment contre le carreau de la chambre. Enfin, pendant tout le temps de sa grossesse, elle a dû, pour le besoin de sa profession, tourner souvent la manivelle d'une pompe publique qui monte la valeur de deux voies d'eau. Elle ajoute que cette manœuvre exigeait de sa part beaucoup d'efforts.

Quelques physiologistes recommandables, Burdach entre autres, ont admis que l'image d'un objet dont la vue impressionne vivement l'imagination de la femme enceinte peut en quelque sorte être reflétée sur le fœtus.

Cette manière de voir est aussi celle du vulgaire. On comprend bien que, dans le cas dont nous nous occupons, on n'a pas manqué de reconnaître quelques traits de *La Voisin*. « *Oh! que ce sont ses yeux*, s'est écriée une commère!.. Quant à nous, nous croyons que les choses se sont passées ici comme elles se passent tous les jours sous nos yeux, dans d'autres parties du corps. Ainsi, par suite de contusions dépendant, soit d'une brusque contraction de la matrice, soit d'une action vulnérante sur les parois du ventre, et certes les circonstances commémoratives ne peuvent pas mieux justifier un pareil dire, le cerveau se sera enflammé, se sera ramolli, et aura fini par se désorganiser complètement. La dureté des os du crâne est une preuve anatomico-pathologique de la nature inflammatoire du travail qui a présidé à tout ce désordre. A quelle époque et comment ce travail s'est-il opéré?... il est probable qu'il a commencé dans les premiers temps de la grossesse et qu'il a poursuivi sa marche d'une manière lente. Nous fondons notre opinion sur cette double raison, savoir, que la désorganisation était trop étendue pour ne pas être le produit d'un long travail, et que, si elle s'était faite brusquement, le fœtus aurait été tué et ne serait pas né à terme.

BIBLIOGRAPHIE.

LEHRBUCH DER GEBURTSHULFE, *c.-à-d. Traité d'accouchements, par le doct.* H. F. NÆGELÉ *fils*, 1re *partie*. In-8°. IX-320 pag. *Mayence*, 1843.

Les traités nouveaux d'accouchements se multiplient. L'auteur de celui-ci, que deux bonnes thèses et deux monographies importantes sur *le mécanisme de l'accouchement* et sur *l'auscultation obstétricale* ont déjà signalé à l'estime des savants, s'efforce de plus en plus de marquer sa place auprès de son illustre père. Le volume qu'il vient de publier ne comprend que la partie physiologique et la partie diététique ; il se compose de quatre divisions principales dans lesquelles sont successivement décrits : 1° les organes maternels et l'œuf humain; 2° la grossesse normale et les soins qu'elle réclame ; 3° les phénomènes et le mécanisme de l'accouchement naturel ; 4° les suites de couches et les soins à donner aux nouvelles accouchées et aux enfants nouveau-nés. On ne trouve point dans cet ouvrage de vues nouvelles, mais on peut le considérer comme un excellent exposé de ce que la science obstétricale possède de plus précis. Cet exposé, à la fois concis et clair, convient parfaitement aux jeunes gens qui commencent l'étude de l'obstétrique. Les élèves plus avancés et les accoucheurs déjà versés dans la connaissance de leur art y trouveront, sinon développée, au moins indiquée, la solution de plusieurs questions litigieuses, et les moyens de la poursuivre leur seront particulièrement fournis par la riche bibliographie qui atteste à chaque page la profonde érudition de l'auteur. La seconde partie devra comprendre les accidents et les complications de la grossesse, l'accouchement non naturel, les suites non naturelles de couches, et les maladies des enfants nouveau-nés. Les hautes et difficiles questions qui se rattachent à cette seconde partie, toute pathologique et thérapeutique, seront traitées, nous n'en doutons pas, avec tout le soin qu'elles méritent. Ce que nous possédons déjà nous donne l'espoir d'avoir un jour dans l'ouvrage complet un très bon résumé des plus saines doctrines, et l'un des meilleurs guides pour l'étude de l'art et pour les recherches bibliographiques.

A. D.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—Le mois qui vient de s'écouler a été assez stérile en communications chirurgicales. Le 24 avril, M. Desmares a adressé une lettre touchant la nouvelle opération pratiquée par M. Malgaigne pour la cure des opacités de la cornée. M. Desmares s'est proposé de prouver : 1° que l'opération n'est pas nouvelle ; 2° qu'elle ne vaut rien.

L'Académie n'ayant pas tenu de séance le 1er mai, on a lu le 9 mai une lettre de M. Magne, tendant à prouver, contre M. Desmares, que l'opération est bonne et peut être appliquée dans certains cas.

Dans cette même séance, M. Jobert a adressé un *Mémoire sur un procédé autoplastique destiné à remédier aux occlusions, et à rétablir le cours de certains liquides, comme dans la grenouillette.* Nous en rendrons compte dès qu'il aura été publié.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.—La chirurgie a tenu moins de place encore dans les séances de cette compagnie; M. Velpeau a lu seulement, le 25 avril, un rapport sur deux appareils ou méthodes pour le traitement des fractures du fémur; lesquels n'offraient ni nouveauté ni avantages. Les conclusions ont été adoptées sans discussion.

— Un nouveau service de chirurgie va être institué à l'hôpital Saint-Antoine. L'un des cinq chirurgiens actuels du bureau central sera donc prochainement appelé dans les hôpitaux ; et il y aura deux places au lieu d'une qui seront mises au concours.

— ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE, *comprenant l'anatomie descriptive, l'anatomie générale*, etc., etc., 10 vol. in-8° en cinq livraisons.—La 2e livraison, comprenant le deuxième et dernier volume de l'*Anatomie générale*, par Henle ; et le *Traité de Myologie et d'Angéïologie*, par Theile, est en vente.—Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Medecine, n° 17. — Prix de chaque volume, 7 fr. 50 cent.

Nous avons rendu compte (ci-devant page 94) de la première livraison de cette importante collection, dont la publication se poursuit avec activité.

— TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES *qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées ou tout autre écoulement utéro-vaginal*, par H. Blatin et V. Nivet. — 1 vol. in-8° de 630 pages.—Prix : 7 francs.—Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°, Prix de l'abonnement, 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL
DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JUIN 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur la périnéoraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement, *par* Ant. Danyau.

La déchirure du périnée n'est pas un de ces accidents de la parturition qui expose la vie ni même la santé de la femme ; mais elle donne lieu à quelques incommodités graves, et rien ne doit être épargné pour les prévenir. Chacun sait quelles sont les conséquences d'une déchirure complète qui comprend le sphincter de l'anus ; une déchirure moins étendue n'est pas non plus sans inconvénient. Indépendamment de l'agrandissement, déjà assez fâcheux par lui-même, de l'ouverture vulvaire, elle expose au prolapsus du vagin et consécutivement à celui de l'utérus. Malgré ces conséquences et ces chances malheureuses, la chirurgie, découragée par ses insuccès et en quelque sorte convaincue d'impuissance, avait depuis longtemps renoncé à toute tentative de réparation, lorsque Dieffenbach, par une modification nouvelle, et surtout M. Roux, par l'ingénieuse application de la suture enchevillée, réintégrèrent la périnéoraphie.

Portée tout de suite à un degré de perfection qui, sous le rapport du manuel opératoire, ne laisse plus rien à désirer, la périnéoraphie par la suture enchevillée peut être considérée comme une des opérations les mieux réglées de la chirurgie. Un seul point n'est pas définitivement fixé : c'est le choix de l'époque la plus convenable pour l'opération. Faut-il attendre, ou doit-on procéder immédiatement après l'accident ? Dans le premier cas, doit-on différer seulement de quelques jours, ou bien de quelques semaines, de quelques mois ?

Pratiquée à une époque éloignée de l'accouchement, l'opération se compose nécessairement de deux temps successifs, l'avivement et la suture. Immédiatement ou

peu d'heures après l'accident, ce n'est plus réellement que la réunion d'une plaie récente par la suture, c'est-à-dire un simple pansement.

Ainsi présentée, l'opération immédiate réunirait certainement tous les suffrages. Mais je n'ignore pas et ne veux pas dissimuler les objections plus ou moins fondées sur lesquelles on s'appuie pour la proscrire. Au contraire, les présenter dans toute leur force, les peser, les réduire à leur juste valeur, et, s'il est possible, les réfuter, tel est le but que je me propose. Je voudrais au moins établir que l'opération réduite à la suture est non-seulement possible, mais encore facile, utile et exempte de danger.

Au reste, ce n'est point là une proposition nouvelle. Quelques faits épars dans les ouvrages didactiques, dans les collections de mémoires, dans les journaux de médecine, et le conseil expressément donné par beaucoup d'auteurs, témoignent de l'ancienneté, et, pour ainsi dire, de la vulgarité de cette idée; qui a pour elle, en outre, l'autorité de quelques succès obtenus même par des procédés de suture en général infidèles. Mais le restaurateur de la périnéoraphie en France s'est si positivement exprimé contre l'opération immédiate, que les observations détachées et quelques rares réussites font à peine impression sur les esprits prévenus, et jettent le doute et l'incertitude dans les autres.

La déchirure du périnée n'est pas à beaucoup près toujours précédée d'une extrême distension des parties molles : l'expulsion trop violente et trop rapide ou l'extraction trop brusque de la tête, le glissement inattendu des branches du forceps, peuvent produire ce désordre, sans faire éprouver au périnée cet excès d'extension lente qui détruit à la fois sa cohésion et sa vitalité, et le fait à la fin éclater. Dans ce dernier cas même, les parties molles ne subissent pas toujours un gonflement excessif, et si on avait raison de le redouter, la suture me paraîtrait plutôt propre à le modérer, sinon à le prévenir. Le plus souvent, immédiatement après l'accident, les parties sont dans un état de tuméfaction légère et en même temps de flaccidité qui fait que les bords de la solution de continuité sont presque appliqués l'un contre l'autre, ou peuvent être, par une très légère pression, quelle que soit l'irrégularité de la plaie, mis en contact parfait. Ne sont-ce pas là des conditions heureuses, et où en peut-on trouver de plus favorables au succès d'une réunion immédiate? Les parties cicatrisées depuis longtemps ne sont pas dans un état aussi avantageux. Leur retrait et l'écartement des bords cicatrisés et quelquefois calleux de la déchirure exigent, outre un avivement très douloureux, une pression plus considérable pour rapprocher et maintenir en contact les surfaces avivées.

L'écoulement des lochies n'est point un obstacle, soit à l'exécution même de l'opération, soit à la cicatrisation de la plaie. Après le premier dégorgement de l'utérus, l'écoulement du sang cause tout au plus un peu de gêne; et quant à la plaie, le liquide, quelque abondant qu'il soit, en baigne seulement le pourtour si la coaptation a été bien exacte. D'ailleurs, des lotions et des injections fréquentes préservent les parties de l'irritation qui pourrait résulter du séjour prolongé et de la putridité des lochies, de même que le cathétérisme, répété trois à quatre fois par jour (sans qu'il soit jamais nécessaire de laisser la sonde à demeure), les met à l'abri du contact de l'urine.

Ces soins, en y ajoutant la précaution de maintenir la femme couchée sur le dos, les cuisses rapprochées, sont-ils donc incompatibles avec ceux que réclament les couches? Ne sont-ce pas ceux mêmes qu'elles exigent quelquefois? Et pourvu que la femme les reçoive d'une personne exercée et intelligente, ils sont, je puis l'assurer, absolument sans inconvénients.

Enfin, je conviens qu'il est pénible d'avoir à proposer à une pauvre femme, fatiguée par un long et douloureux accouchement, une opération dont l'idée seule la troublerait en tout autre temps, et pour laquelle il semble qu'elle doit éprouver une répulsion invincible au moment où elle commence à jouir du calme après lequel elle soupirait. Cependant je puis assurer que des six femmes que j'ai opérées à la Maternité, il n'en est pas une qui n'ait été facilement et promptement persuadée; pas une qui, une fois décidée, n'ait subi l'opération avec patience et résignation : de même qu'il n'en est pas une non plus qui ait éprouvé d'accident à la suite de cette tentative de restauration. On ren-

contrerait, je n'en doute pas, beaucoup plus d'opposition dans la pratique civile; et comme l'espoir d'une réparation naturelle quelconque engagera le plus souvent le praticien à garder le silence, on peut présumer que les opérations de ce genre seront rares en ville. Si l'opération immédiate est bonne, l'avantage reste à la chirurgie des hôpitaux, qui, en compensation des circonstances défavorables contre lesquelles elle doit lutter, a au moins la facilité, la liberté d'action, qui assurent l'application opportune de ses ressources.

Avant de passer aux détails des faits qui servent de base à ce mémoire, quelques remarques préliminaires sont nécessaires. Sur six femmes opérées, une seule avait le périnée déchiré complétement. Chez les cinq autres, la déchirure était incomplète; c'est-à-dire qu'elle ne comprenait pas le sphincter de l'anus, mais s'étendait jusqu'à ce muscle superficiellement entamé ainsi que la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. Je me suis toujours abstenu lorsqu'il restait une étendue plus ou moins considérable du périnée proprement dit, soit dans la crainte de faire une opération inutile, soit pour observer le résultat du travail de réparation abandonné à la nature. Quelques personnes trouveront peut-être que ma réserve n'a pas été encore assez grande, et que la périnéoraphie doit être exclusivement appliquée aux cas de déchirure tout à fait complète. Je ne puis me ranger à leur avis. Dans la solution d'une pareille question, et devant l'assurance positive de quelques auteurs, Kilian entre autres (*Operationslehre für Geburtshülfe*), qui avancent que les déchirures les plus étendues guérissent, pourvu que le sphincter soit intact, facilement et complètement par la position et les soins répétés de propreté, je n'ai pas dû me contenter de quelques assertions contraires, et asseoir une opinion différente sur des autorités seulement, quelques respectables qu'elles fussent. D'abord, je me suis rappelé l'un des faits de M. Roux, celui où le périnée déchiré ne s'était point réuni quoique le sphincter anal fût intact, et où le défaut de réunion avait donné lieu à un prolapsus du vagin. Dans ce cas, la périnéoraphie fut suivie de phlébite et la malade mourut. Le souvenir de cette femme m'était présent lorsque je me décidai pour la première fois à pratiquer l'opération immédiatement après l'accouchement. Plus tard, M. le docteur Devilliers fils voulut bien me donner communication d'un rapport autographe de Lauverjat à l'Académie royale de chirurgie (1782), dans lequel je lus ce qui suit : « Une dame accouchée spontanément a eu le malheur d'avoir la fourchette et le périnée déchirés; la seule marge de l'anus a été respectée. Les soins donnés sur-le-champ et continués avec l'attention la plus scrupuleuse pendant quinze jours n'ont rien opéré, et cette dame est aujourd'hui dans le même état. « Lauverjat ajoute : « Il nous était facile de surcharger cet exposé de citations qui nous auraient été favorables. Nous nous bornons à celle de M. Méry, dont le nom suffit pour accréditer une assertion. Cet homme célèbre dit qu'il a vu beaucoup de déchirures du périnée, et qu'il n'a jamais vu qu'une guérison. » Si les cas de ce genre n'étaient pas toujours ou presque toujours tenus secrets par les parties intéressées, les éléments ne manqueraient pas pour résoudre la question. J'ai dû, pour ma part, les chercher parmi les faits soumis à mon examen.

Observation Ire.—Sur une femme en travail depuis longtemps, il fallut procéder, pour des raisons inutiles à mentionner, à l'extraction d'un fœtus volumineux qui se présentait par les pieds. L'opération fut difficile, et la tête ne put être ramenée au dehors qu'après de longs efforts. Le périnée fortement distendu se rompit longitudinalement presque jusqu'au sphincter. Les lèvres de la plaie étaient très nettes et restaient rapprochées. Malgré les soins de propreté, le rapprochement des cuisses, la précaution qu'on eut de sonder cette femme chaque fois qu'elle eut besoin d'uriner, et quoique l'inflammation eût été extrêmement modérée, le gonflement très médiocre, la douleur presque nulle, les bords de la division se cicatrisèrent isolément. La cicatrisation était complète le 11e jour, lorsque cette femme quitta la maison Le périnée n'avait plus alors que quatre lignes de longueur.

Observation II.—Une femme dont l'enfant se présentait par le sommet eut le périnée déchiré au moment du brusque passage de la tête. Le tiers antérieur était complètement rompu; au tiers moyen la peau seule était déchirée; le tiers postérieur était intact.—Les soins donnés à la précédente furent aussi pris pour celle-ci. Aucune douleur, aucune inflammation. Le 7e jour

la partie complètement déchirée était cicatrisée, mais chaque lèvre isolément; la cicatrice n'était que commencée au tiers moyen dont la peau seule avait été intéressée.

Ces déchirures du périnée, dans lesquelles la peau a cédé beaucoup plus loin que les autres parties molles, ne sont pas très rares, et immédiatement après l'accident elles paraissent beaucoup plus étendues qu'elles ne le sont réellement. Ce sont peut-être des cas de cette espèce qu'on a pris pour des exemples de guérison spontanée de grandes déchirures.

Je pourrais citer cinq autres femmes, chez lesquelles les choses se sont passées, dans des circonstances pourtant également favorables, absolument comme chez les deux dont je viens de rapporter l'observation. Chez une huitième, dont le périnée violemment distendu avait cédé dans sa moitié antérieure, la réunion immédiate était en tout cas impossible, parce que deux petites escarres s'étaient formées sur les lèvres de la déchirure; 35 jours après l'accouchement, la cicatrisation était presque achevée, et l'écartement des bords de la division ne laissait pas l'espoir d'une réunion secondaire même partielle. En opposition avec ces huit cas, je citerai le seul fait de réunion spontanée que j'aie observé.

Observation III.—Une couturière, âgée de 22 ans, brune, d'une forte constitution et d'une excellente santé qui ne s'était pas démentie pendant sa grossesse, accoucha pour la première fois à terme d'un enfant volumineux, dont la tête distendit considérablement le périnée et le déchira, poussée tout à coup par une violente contraction. Le lendemain, la plaie, de l'étendue d'un pouce, se dirigeait un peu obliquement vers l'anus, dont elle était encore éloignée de plusieurs lignes. Les lèvres de cette plaie étaient non-seulement en contact, comme je l'avais vu dans les autres cas, mais déjà un peu adhérentes l'une à l'autre. Les jours suivants cette adhérence devint plus solide, et la réunion, qui avait eu lieu sans inflammation aucune des parties environnantes, était complète le 7e jour, lorsque cette femme quitta la maison.

D'après ce qui précède, et en me bornant, il est vrai, aux résultats de ma propre expérience, je serais en droit de conclure que la réunion des déchirures, même médiocrement étendues du périnée, n'a lieu spontanément que dans des cas tout à fait exceptionnels. J'aime à croire que d'autres observateurs, dans des circonstances plus favorables, ont constaté une plus forte proportion de succès. Je dois cependant faire observer que les huit premières aussi bien que la dernière des accouchées dont le périnée avait été lésé, étaient dans un bon état de santé, et que, chez toutes, les suites de couches ont été tout à fait naturelles ; en un mot, que le défaut de réunion n'est pas le résultat d'un mauvais état de la constitution, ni d'une affection locale ou générale.

Au reste, je ne prétends pas dire que, dans le cas où se sont trouvées ces femmes, il y eût autre chose à faire qu'à insister sur la position, le rapprochement des cuisses, l'évacuation des urines par la sonde, et les soins de propreté. J'ai voulu seulement montrer que l'insuccès de ces moyens, dans des cas de déchirure médiocre, est bien plus à craindre dans les cas de déchirure étendue ; qu'il n'est pas nécessaire pour opérer que le sphincter et la cloison recto-vaginale soient déchirés, et qu'il suffit que la solution de continuité comprenne tout le périnée proprement dit. Il faut bien que, sous ce rapport, l'observation de beaucoup de praticiens ait été semblable à la mienne, puisqu'au degré que j'ai fixé, plusieurs auteurs, entre autres Osiander (*Handb. d. Entbindungsk*) Meissner (*Siebold's Journ.* XI. 174), Dieffenbach, etc., donnent positivement le conseil de pratiquer la suture, et même d'opérer immédiatement.

Malgré ces imposantes autorités, ce ne fut pas sans quelque crainte que je me décidai à faire la suture chez la jeune femme dont je vais rapporter l'histoire ; et je restai dans une grande anxiété jusqu'au moment où les fils ayant été retirés, je pus constater le résultat.

Observation IV.—J.-R., 18 ans, primipare, entrée à la salle des accouchements le 1er février 1841, venait d'accoucher après un travail régulier, mais pénible, qui avait duré vingt-huit heures, lorsque je la vis le 2 à 10 heures du matin. Avant de franchir la vulve, la tête avait fortement distendu le périnée, dont la peau s'éraillait déjà et dont la commissure avait cédé avant même que l'engagement fût complet. Bien que les efforts de la femme eussent été mo-

dérés, que deux mains superposées appliquées sur le périnée et plusieurs doigts à nu sur le cuir chevelu eussent ralenti l'expulsion de la tête, une déchirure, commencée sans doute à l'intérieur sur la membrane muqueuse comme à l'extérieur sur la peau, se compléta soit au moment de cette expulsion, soit au moment du passage des épaules. L'accident venait d'avoir lieu, et, en examinant les parties, je fus frappé de leur peu de gonflement, de leur flaccidité et de la facilité avec laquelle les bords de la solution de continuité restaient en contact. Il n'y avait aucune tendance à l'écartement, si bien que pour apprécier l'étendue du désordre, il me fallut séparer avec les doigts les deux grandes lèvres et les deux côtés du périnée. La solution de continuité s'étendait depuis la commissure postérieure de la vulve jusqu'au sphincter de l'anus, dont les fibres étaient à nu, et en même temps jusqu'à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin dont la muqueuse était déchirée. Aussitôt qu'on laissait aller les parties écartées, elles se replaçaient immédiatement et d'elles-mêmes dans le contact exact où elles étaient auparavant, si bien qu'il semblait que si ce contact se maintenait pendant assez longtemps avec la même exactitude, la réunion s'opérerait infailliblement. La suture me parut être le seul moyen capable d'assurer cet heureux résultat, et consultant d'une part la bonne santé de la jeune accouchée, d'autre part l'état sanitaire alors satisfaisant de la maison, je me décidai à pratiquer, je ne dirai pas l'opération, mais le pansement. Le consentement de la malade fut facilement obtenu ; déjà elle était délivrée, et pendant qu'on préparait les objets nécessaires, l'utérus eut le temps de se dégorger un peu, de manière que je ne fus que médiocrement gêné par l'écoulement sanguin. Pris à l'improviste et n'ayant dans ma trousse que des aiguilles courbes un peu courtes, j'éprouvai quelque difficulté à passer les fils. En raison même de cette brièveté le fil moyen (j'en avais placé trois) ne fut pas porté assez en arrière, n'embrassa pas une assez grande épaisseur de parties, ne glissa pas de gauche à droite, comme il aurait dû faire, dans l'épaisseur de la cloison au niveau de la déchirure de la muqueuse ; et c'est à cette imperfection, peut-être inévitable avec un instrument mal approprié, qu'il faut, je crois, attribuer une petite circonstance dont je parlerai tout à l'heure. Au reste, le procédé de M. Roux, appliqué au cas plus simple pour lequel je l'employais, fut suivi de point en point. Outre la suture enchevillée qui maintint rapprochées les parties profondes, une petite suture entortillée fut placée pour remettre en contact les lèvres de la partie antérieure de la plaie, que le rapprochement des cylindres par les fils avait renversées en dehors.

Toutes les précautions furent prises pour assurer le succès de cette tentative. L'opérée fut couchée sur le dos, le siége un peu élevé, les cuisses rapprochées et maintenues dans cet état par une serviette nouée au dessus des genoux. Une élève placée auprès d'elle la surveilla nuit et jour. De fréquentes injections furent faites dans le vagin, des compresses trempées dans une décoction émolliente furent appliquées sur le périnée ; enfin la malade fut sondée avec précaution chaque fois qu'elle eut besoin d'uriner.

Malgré un peu d'indocilité tout se passa bien. La fièvre de lait avait eu lieu à la fin du troisième jour. A cette époque on avait déjà enlevé la suture entortillée ; le cinquième jour les fils et les rouleaux de diachylon furent ôtés. Les bords de la plaie étaient adhérents, mais dans leur partie profonde seulement. Superficiellement, ces bords étaient renversés, mais peu à peu ils se rapprochèrent, l'union devint parfaite à la partie supérieure et à la partie inférieure. Vers le milieu une petite dépression persista. Je m'aperçus bientôt que c'était l'orifice externe d'une fistule vagino-périnéale. L'introduction d'un stylet ne laissait pas de doute. Cette réunion imparfaite dans le centre de la plaie me parut résulter, comme je l'ai dit plus haut, du placement trop peu profond du fil moyen, du vide qui avait dû rester derrière, de la facilité avec laquelle les lochies s'étaient accumulés dans ce vide. Quoi qu'il en soit, après avoir essayé de simples injections, je me décidai à employer concurremment deux moyens : le placement, à la partie inférieure du vagin, d'une petite éponge fréquemment renouvelée pour absorber les mucosités qui tendaient à s'échapper par la fistule, et la cautérisation du trajet à l'aide d'un petit stylet sur lequel je roulai un peu de coton et que je trempai dans une solution de nitrate acide de mercure. J'obtins une diminution graduelle et enfin une guérison complète ; lorsque dans le courant de mars la malade quitta l'hôpital, le suintement était presque nul. Je la revis le 1er avril ; la cicatrisation était parfaite dans toute l'étendue de la plaie, et déjà il aurait été impossible de soupçonner qu'une déchirure eût jamais existé, si la trace des points de suture n'eût trahi la main du chirurgien. Le périnée était épais, solide et ne manquait pas pourtant d'une certaine souplesse. Je ne dois pas omettre de dire que les lochies avaient été très abondantes chez cette femme ; ce qui ne mit pourtant pas, comme on voit, obstacle à la guérison.

Observation V.—F. devint enceinte pour la première fois à 31 ans. Au 8e mois de la grossesse, le travail se déclara tout à coup à la suite d'une vive impression morale. Le 22 février, à onze heures du matin, les membranes se rompirent; trente-cinq heures après, cette femme, entrée depuis une heure seulement à la Maternité, était sur le point d'accoucher. Les contractions utérines étaient très énergiques, et celles des muscles abdominaux si violentes qu'on avait beaucoup de peine à modérer les efforts. Les organes génitaux externes n'offraient pas de rigidité remarquable, le périnée bombait sans être très distendu. Tout à coup, sous l'influence d'une contraction très forte, la tête et les épaules franchirent la vulve; l'accouchement fut terminé en un instant. Le périnée était déchiré jusqu'au sphincter de l'anus qui seul était resté intact.

Le lendemain je constatai le désordre. Les bords de la déchirure étaient en contact, mais sans adhérence, et de plus la lèvre gauche un peu gonflée dépassait la droite. Les parties furent mises dans un rapport plus exact et je fis la suture enchevillée; je pus me contenter de deux fils, parce que le périnée n'avait pas beaucoup de hauteur.—Soins ordinaires.

Les suites de cette opération furent parfaitement heureuses. Au bout de quatre jours, les fils ayant été retirés, on trouva les lèvres de la plaie réunies dans toute leur étendue et la cicatrisation fort avancée. Elle était achevée et le périnée parfaitement solide le 8e jour. Le 23e, la malade quitta la Maternité, ne conservant aucune trace de la déchirure.

Observation VI.—Après 24 heures de faibles contractions, la nommée B., âgée de 30 ans, primipare, était parvenue au dernier temps du travail. Au moment où la tête commençait à s'engager à la vulve, on remarqua qu'au centre du périnée déjà distendu s'était formée une ouverture circulaire de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Tout autour de cette ouverture les parties étaient d'une minceur extrême, le sphincter de l'anus seul conservait son épaisseur. Tous les efforts furent dirigés pour le préserver. Ce fut en effet la seule partie qui demeura intacte; au moment de son expulsion la tête brisa le petit pont qui restait en avant, et tout le périnée proprement dit se trouva déchiré; le sphincter de l'anus lui-même était superficiellement entamé. L'enfant était volumineux, il pesait 4 kilog.

Je ne pus voir cette femme que 20 heures après l'accouchement, le 3 octobre 1841. Il n'y avait encore qu'un gonflement très peu considérable; mais les bords de la plaie étaient inégaux, irréguliers. Je n'en pratiquai pas moins la suture enchevillée; trois fils furent placés. Cette suture achevée, il fallut comme dans les autres cas faire une petite suture entortillée en avant. Mais comme c'était en ce sens surtout que la plaie était inégale, la réunion ne fut pas aussi exacte que chez les autres femmes. Le soir, à cause de la coloration de la face, de la force et de la fréquence du pouls, une saignée fut pratiquée.—Soins ordinaires.

Le lendemain, après une nuit assez agitée plutôt par le retour des tranchées que par toute autre cause, l'opérée se plaint de cuissons aux parties génitales, qui sont un peu gonflées ainsi que le périnée. Les lochies sont abondantes. Fièvre, langue saburrale, constipation depuis plusieurs jours.

A la suite d'un purgatif huileux, la malade se trouve mieux. Le 5, moins de cuissons, moins de rougeur, moins de gonflement. Bientôt la fièvre de lait eut lieu. La tuméfaction des seins fut très considérable.

Le 7, je retire les épingles qui réunissaient la partie antérieure de la plaie, et le 8, j'enlève la suture enchevillée. L'adhésion est presque générale. Le périnée offre déjà une grande résistance. Les lochies, qui ont été abondantes et fétides, n'ont pas nui à la réunion.

Toutefois, les jours suivants, une petite dépression longitudinale superficielle existait au niveau même de la suture. Le trajet des fils suppurait assez abondamment, celui du fil postérieur surtout. Il m'avait semblé, lorsque je retirai ce dernier, qu'un des brins était resté dans la plaie, et je pensai que c'était là la cause qui entretenait la suppuration. Toutefois je le cherchai vainement pour l'extraire.

Le 23e jour, un petit bouton qui se trouvait au milieu de la dépression médiane fut excisé. La cautérisation, pratiquée à diverses reprises les jours suivants, égalisa autant que possible les parties. A cette époque, les trous qui avaient donné passage au fil postérieur suppuraient encore; cependant ils ne tardèrent pas à se fermer; mais ils restèrent un peu rouges et saillants. Quant à la petite gouttière qui existait au centre du périnée, elle persista, mais si peu profonde qu'il semblait que la femme eût deux raphés rapprochés au lieu d'un.

Le 28e jour, B. commença à marcher, et le 30e elle sortit, n'ayant plus qu'un peu de suintement au niveau de la dépression médiane dont je viens de parler.

Un peu plus d'un an après cette opération, B. vint me voir. Les deux petits trous postérieurs s'étaient, depuis lors, ouverts à diverses reprises et avaient chaque fois fourni un peu

de pus. Le droit toutefois était définitivement cicatrisé depuis longtemps. Le gauche, au contraire, continuait de s'ouvrir de temps à autre, et c'est ce qui était encore arrivé deux jours auparavant. L'introduction d'un stylet me permit de constater l'existence d'une fistule à l'anus complète, à trajet très-tortueux, que j'opérai quelques jours après par une simple incision dans le service de mon excellent ami M. Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin. La guérison fut prompte, complète et définitive.

J'ai dit plus haut que j'avais pensé qu'une petite portion du fil postérieur était restée dans la plaie, mais qu'il m'avait été pourtant impossible de la retrouver. Fut-ce là la cause de ces suppurations répétées au voisinage du rectum? Est-ce dans un de ces retours d'inflammation et de suppuration qu'une fistule simplement externe s'est complétée? Je l'ai pensé d'abord; mais je crois plutôt qu'une faute que je fus sur le point de commettre dans une opération subséquente aura été commise à mon insu dans celle-ci, c'est-à-dire que le fil postérieur aura pénétré dans le rectum, et qu'une fistule complète en aura été la conséquence. Pour opérer une réunion plus parfaite, il faut que la partie moyenne du fil ou des deux fils postérieurs rase au moins le côté vaginal de la cloison au niveau de la déchirure de la membrane muqueuse, ou mieux encore glisse dans l'épaisseur même de cette cloison. C'est là un point délicat et difficile de l'opération, dans lequel on est exposé à commettre la faute que j'ai signalée tout à l'heure; et je serai bien aise si cet aveu l'épargne à ceux qui pratiqueront comme moi l'opération immédiatement après l'accouchement.

Observation VII. — L., âgée de 34 ans, petite, délicate, mais d'une bonne santé, eut, à son premier accouchement, le 14 juillet 1842, le périnée déchiré jusqu'au sphincter, au moment de l'expulsion brusque de la tête par des efforts immodérés. La déchirure, à bords un peu inégaux, était très légèrement oblique à gauche.

Douze heures après, la réunion fut opérée comme dans les cas précédents. Suture enchevillée, trois fils; suture entortillée pour la partie superficielle de la déchirure. Soins ordinaires après l'opération.

Les lochies ne cessèrent pas d'être abondantes; néanmoins, le gonflement et la rougeur furent médiocres. Au reste, il ne survint aucun accident. Le 4e jour on retira les épingles, et le 6e les fils qui avaient servi à faire la suture enchevillée; l'adhérence existait entre les surfaces mises en contact. Elle devint de plus en plus solide les jours suivants, et enfin la réunion s'opéra complétement. A l'époque de la sortie de cette femme, à la fin de juillet, le périnée, tout-à-fait cicatrisé, était épais et résistant.

Observation VIII. — D., âgée de 21 ans, primipare, brune, forte, grasse surtout, eut, comme les précédentes, le périnée déchiré jusqu'au sphincter, au moment où la tête, en position iliaque droite antérieure, fut violemment poussée à travers la vulve, en conservant sa direction oblique.

Je vis cette femme trois heures après, le 2 décembre 1841. Il n'y avait point du tout de gonflement; la plaie était fraîche et saignante, mais inégale. Deux petits lambeaux flottants à droite furent d'abord excisés; puis la suture entortillée (deux fils) fut pratiquée, et comme le renversement de la partie superficielle de la plaie était peu considérable, je me contentai de faire trois points de suture séparés avec des fils simples. J'eus un peu de peine à pratiquer cette opération, moins à cause de quelque indocilité de l'accouchée que par la difficulté de bien écarter les cuisses et d'arriver au périnée, caché par la saillie des fesses surchargées de graisse.

Sans entrer dans la répétition fastidieuse des mêmes détails, je dirai, en ce qui concerne l'issue de l'opération, que la réunion, qui n'avait pas d'abord paru très solide, finit pourtant par être aussi complète que dans les cas précédents. Seulement, une circonstance toute particulière, qui ne s'est jamais produite dans aucun cas de périnéoraphie, qu'on peut par conséquent considérer comme tout-à-fait exceptionnelle, me donna pendant quelques jours de l'inquiétude. Au niveau du cylindre placé à droite, tout près de la marge de l'anus, une escarre se forma. A la chute de l'escarre, il y eut une plaie, assez profonde du côté du rectum, plus superficielle en avant, qui fournit pendant plusieurs jours une suppuration abondante et fétide. Cependant l'aspect de cette plaie était meilleur, elle bourgeonnait et se comblait sensiblement, lorsqu'à mon grand regret cette femme fut obligée de retourner à Étampes, où son absence, déjà trop prolongée, faisait naître des soupçons qu'elle avait le plus grand intérêt à

dissiper. Tout fait présumer que cette plaie, déjà en bonne voie de guérison, se sera cicatrisée complétement, si la femme s'est astreinte aux pansements et aux soins de propreté que j'avais recommandés, et si elle ne s'est pas livrée à de trop rudes travaux. J'ignore ce qui est advenu.

Je ne pense pas qu'il faille attribuer cette escarre à une compression trop forte exercée par le cylindre : je n'avais pas plus serré qu'à l'ordinaire. La compression n'a pas été trop prolongée ; les fils avaient été retirés le cinquième jour. L'époque à laquelle l'opération a été pratiquée ne doit pas non plus être accusée. Chez nos cinq autres malades, nous n'avons absolument rien observé de semblable. Je crois qu'il faut chercher la cause de cet accident dans la constitution même de cette femme. Ce ne fut pas, en effet, le seul point qui se mortifia chez elle, et il suffit de quelques jours de décubitus sur le dos pour déterminer des escarres assez nombreuses au siége, et des rougeurs vives au niveau des parties les plus saillantes des épaules.

Observation IX. — Ce dernier cas est le seul où j'aie pratiqué la suture immédiatement après l'accouchement pour une déchirure tout-à-fait complète. La réunion ne s'est point opérée.

Bar., 24 ans, brune, forte, primipare, à terme, était arrivée, le 7 mars 1842, à 6 heures et demie du matin, au dernier temps du travail. Pendant qu'on soutenait le périnée, déjà fortement distendu, il se forma, à la partie antérieure et inférieure du rectum et à la marge de l'anus, une ouverture par laquelle s'engagèrent le nez, la bouche et une partie de la joue du fœtus. Cependant la vulve ne se dilatait pas, et comme il était évident que les efforts ultérieurs compléteraient la déchirure, on préféra inciser longitudinalement jusqu'à la vulve, afin d'avoir une plaie plus régulière et dont la réunion fût plus facile. Un enfant volumineux fut alors aussitôt expulsé.

Lorsque je vis cette femme, deux heures après l'accouchement, je trouvai une plaie encore saignante, mais un peu ecchymosée et plus tuméfiée que dans les cas précédents. Malgré ces circonstances moins favorables, je voulus tenter la suture, sinon avec un aussi grand espoir de succès, au moins parfaitement rassuré sur les conséquences. La plaie avait une grande longueur, et il ne fallut pas moins de quatre fils pour la suture enchevillée et de cinq épingles pour la petite suture entortillée. Ici, de plus que dans les cas précédents, j'eus à saisir avec le premier fil la fin de la cloison recto-vaginale, qui était déchirée. L'opération fut un peu plus délicate et plus longue qu'à l'ordinaire, mais bien supportée par la malade. — Soins consécutifs ordinaires.

Dès le premier jour l'accouchée se trouva bien, n'accusant aucune douleur. Le gonflement du périnée ne fut pas aussi considérable qu'il menaçait de l'être; le lendemain, il avait déjà diminué, et il se dissipa complétement, si bien que je crus un instant que je compterais un succès de plus. Il n'en fut rien malheureusement. Lorsque, le quatrième jour, je retirai les épingles, non-seulement la plaie n'était pas réunie, mais une escarre, qui semblait s'étendre profondément, existait entre les deux lèvres. Je me doutai bien qu'elle occupait toute l'épaisseur de la déchirure; et, en effet, lorsque le 6e jour j'ôtai les fils, je vis que je ne m'étais pas trompé : il n'y avait pas de réunion.

Après la chute des escarres, une bonne suppuration s'établit, et des bourgeons charnus de bonne nature se développèrent partout. Les deux lèvres, épaisses, rapprochées l'une de l'autre et en contact par de larges surfaces, auraient pu se réunir secondairement, si elles eussent été maintenues exactement accolées pendant un temps suffisant. J'aurais bien voulu tenter d'obtenir cette réunion secondaire en faisant une nouvelle suture, et je croyais qu'il y avait grande chance de succès ; mais la femme, après avoir consenti, se ravisa, et ne se décida ensuite que plus tard, alors que la cicatrisation déjà commencée des deux côtés rendait désormais la réunion impossible sans avivement. Le 25e jour, les bords de la cloison recto-vaginale étaient cicatrisés, les côtés du périnée plus écartés l'un de l'autre et la cicatrisation à droite et à gauche presque complète. Les matières fécales continuaient d'être rendues involontairement. Cette femme, qui n'avait retiré, il est vrai, aucun bénéfice de l'opération, ne se trouvait pas au moins dans une situation plus fâcheuse que s'il n'avait été rien fait pour elle ; et l'état des parties laisse à une nouvelle tentative, si elle est réclamée, toutes les chances ordinaires de réussite.

Cet insuccès ne me décourage nullement. On voit quel a été l'obstacle à la réunion,

Dans les cinq autres cas, rien de semblable n'a eu lieu. Il est certain que la formation de l'escarre n'a pas tenu à ce que la déchirure était complète; elle aurait dépendu bien plutôt du mode de production de cette déchirure qui avait commencé par une perforation, cas dans lequel l'extrême distension des parties qui cèdent peut détruire leur vitalité en opérant la solution de continuité. Et cependant on voit dans une des observations précédentes qu'une déchirure qui avait commencé de cette manière ne s'en est pas moins bien réunie par la suture. Le souvenir de ce succès me donnait l'espoir d'une nouvelle réussite, d'autant plus que la partie antérieure de la plaie résultait d'une section faite avec le bistouri. Après tout, il faut bien s'attendre à quelques insuccès : l'opération pratiquée à une époque éloignée de l'accouchement a-t-elle donc réussi toujours!

En résumé, je puis conclure des faits qui précèdent que la suture, faite immédiatement après l'accouchement, dans le cas de déchirure du périnée, est non-seulement possible, mais facile; qu'elle est exempte de danger, et qu'elle présente l'incontestable avantage de prévenir, par un simple pansement, la nécessité ultérieure d'une opération qui, sans doute, n'est pas grave en général, mais qui pourtant, dans un cas au moins, a entraîné la mort.

En général, les chances de succès sont d'autant plus grandes qu'on opère à une époque plus rapprochée de l'événement. Je ne voudrais attendre quelques jours que dans les cas où l'état des parties ou le mode de production de la déchirure pourraient faire craindre la formation d'une escarre. Après la chute de la partie mortifiée, on pourrait encore obtenir par la suture seule une bonne et complète réunion. Quelques succès l'attestent (voyez entre autres un cas rapporté par Nick, *Würtemb. med. Correspondenzbl.* 1838, *n*° 38). Mais un plus grand nombre d'insuccès démontrent aussi que le moment opportun passe vite, et qu'il faut se hâter d'en profiter.

De quelques dangers du traitement généralement adopté pour les fractures de la rotule, *par* M. Malgaigne.

Il y a bientôt six ans qu'après de mûres méditations sur le traitement des fractures transversales de la rotule, je fis fabriquer, pour maintenir les fragments en contact, des griffes d'acier qui devaient s'implanter au dessus et au dessous de l'os à travers les téguments et se rapprocher à l'aide d'une vis. C'était une simple suture appliquée aux os; avec cette différence même que les aiguilles représentées par mes griffes ne traversaient pas toute l'épaisseur des tissus comme dans la suture ordinaire. Néanmoins l'idée seule de cet instrument excita une vive répugnance parmi nos chirurgiens; et j'admirai comme, en cette occasion, ils étaient ménagers de la douleur et du sang des malades.

Depuis cette époque, je n'ai eu à traiter que trois fractures de la rotule. Dans un cas, l'écartement étant à peine sensible, je me gardai bien d'employer aucun appareil; dans les deux autres, les griffes furent appliquées, et, sur un point essentiel du traitement, dépassèrent toutes mes espérances. J'avais dessein de commencer par publier ces deux observations, mais j'ai réfléchi que, si efficace que puisse être un moyen nouveau, l'application n'en est légitime que lorsque l'on a bien démontré l'inefficacité des autres; c'est pourquoi je vais d'abord rendre compte des recherches et des observations qui m'ont fait renoncer sans retour aux appareils regardés généralement comme les meilleurs.

Dans mes études anatomiques relatives à la luxation de la rotule, le siége et la profondeur du creux sus-condylien m'avaient porté à présumer que la courroie dont on se sert pour attirer en bas le fragment supérieur, dans les fractures transversales, pouvait bien faire basculer ce fragment; et je désirais vivement vérifier cette présomption par l'observation clinique.

La première occasion m'en fut offerte à la Maison royale de santé, où j'avais été chargé

par intérim du service chirurgical; il s'y présenta un homme d'une cinquantaine d'années, portant depuis 7 à 8 mois une fracture transversale de la rotule qui avait été traitée par l'appareil de Boyer. Il restait entre les fragments un écartement de 2 à 3 centimètres; cet homme boîtait, avait perdu la moitié de sa force pour soulever des fardeaux; et comme il avait été déclaré guéri, il venait voir s'il n'y aurait pas quelque remède à sa guérison. En examinant sa rotule avec attention, je remarquai que les fragments étaient bien plus écartés en avant qu'en arrière; que je pouvais bien rapprocher jusqu'au contact les bords postérieurs de la fracture, mais non les bords antérieurs. Cette expérience fut répétée à satiété; je n'ai pas besoin de dire que je renvoyai le malade sans rien faire.

Ce premier fait fut suivi de quelques autres; puis, sur la rotule d'un cadavre qui m'était échu pour mes cours à l'École pratique, je constatai d'une façon plus péremptoire encore l'écartement plus grand à la partie antérieure de la fracture; et enfin ayant tenté des expériences sur le cadavre, je fus tout à fait confirmé dans l'idée que ce déplacement singulier était l'effet des appareils mis en usage; et j'écrivais à ce propos dans mon *Anatomie chirurgicale :*

« Dans les fractures transversales de la rotule avec rupture de la capsule en travers, le fragment supérieur est attiré en haut par les muscles, et la position indiquée par Valentin ne suffit pas pour le rapprocher exactement de l'inférieur. On a imaginé de les ramener l'un vers l'autre à l'aide de bandes ou de courroies dont on applique le plein au dessus du bord supérieur et au dessous du sommet de la rotule, et dont les extrémités sont tirées en sens contraire; tels sont les appareils de Desault, de Boyer, etc. Ces appareils doivent produire et produisent en effet un déplacement particulier, sur lequel l'anatomie m'avait donné l'éveil, et que j'ai constaté depuis sur plusieurs malades et même dans une autopsie. La courroie supérieure enfonce le tendon rotulien et la base de la rotule à laquelle il s'insère dans le creux sus-condylien; il en résulte que l'autre bout du fragment supérieur se relève sur le bord de la poulie fémorale. De même la courroie inférieure déprime le ligament rotulien dans cet angle que laissent entre eux le fémur et le tibia, et qui n'est occupé que par un paquet adipeux; l'autre bout du fragment inférieur est également soulevé par la poulie du fémur, et les deux fragments s'inclinent l'un et l'autre en avant de manière à former d'abord en ce sens une double saillie désagréable, et ensuite à s'écarter davantage en avant qu'en arrière. »

Dès lors aussi j'avais émis l'idée de mes griffes, mais il restait à en justifier l'emploi; car de toutes parts j'entendais dire que les appareils ordinaires suffisaient de reste. Les uns affirmaient qu'un écartement d'un pouce ne nuisait en rien aux mouvements et à la force de l'articulation; d'autres racontaient des cas nombreux de guérison avec un écartement à peine sensible, ou même sans écartement. Je voulus savoir exactement ce qui en était, et je me mis à la besogne.

Je commençai d'abord par lire tout ce qui avait été écrit sur les fractures de la rotule, en étudiant particulièrement les observations. Après quoi je parcourus les hôpitaux de Paris, je suivis les malades hors des hôpitaux, afin de vérifier toutes choses par moi-même; et les résultats auxquels je suis arrivé me paraissent dignes de toute l'attention des praticiens.

D'abord il est très rare de voir les fragments réunis bout à bout, et soudés de manière à n'avoir aucune mobilité l'un sur l'autre. Boyer en a rapporté un cas, communiqué par Lallement; l'examen de la pièce anatomique montra que la rotule avait en hauteur 6 lignes de plus que celle du côté sain; le malade avait été tenu deux mois dans l'appareil de Desault : après quoi il avait marché pendant un an à l'aide d'une canne; et enfin il avait recouvré les mouvements *très libres* du genou, à l'exception de la flexion *qui était un peu bornée.* Il s'agissait du reste d'une fracture double.

C'est là le plus bel exemple de succès que je connaisse. Remarquez cependant que le malade a marché *à l'aide d'une canne,* c'est-à-dire a été impotent toute une année, sans parler de sa flexion un peu bornée. Je n'ai eu l'occasion d'étudier qu'un cas du même genre, qui fut présenté à l'Académie royale de médecine par M. Blandin.

1re OBSERVATION.—*Fracture de rotule consolidée par un cal osseux ; état du membre au bout de quatre mois.*

Claude Perruchaux, journalier, âgé de 36 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 12 juillet 1838, et fut couché salle Sainte-Agnès n° 1.

La nuit précédente, vers minuit et demi, il avait été rencontré par des voleurs dans la rue du Bac, et en se défendant, il était tombé en avant, le genou gauche portant contre la saillie du trottoir. Il put, malgré la vive douleur, se relever et traverser la rue; mais arrivé de l'autre côté, la douleur l'obligea de s'arrêter ; une patrouille survint et l'emmena au poste; mais déjà dans ce trajet on était forcé de le soutenir, et il ne pouvait plus s'appuyer sur la jambe blessée. Le lendemain il vint en cabriolet à l'Hôtel-Dieu ; le genou était considérablement gonflé : toutefois la jambe demeurait étendue, et il était capable de marcher en la traînant.

On s'occupa les premiers jours à combattre le gonflement ; ensuite le membre fut mis dans un appareil amidonné, des compresses préalablement placées au dessus et au dessous de la rotule; et l'on maintint la jambe élevée sur un plan incliné. Il y resta trois mois, après quoi l'appareil fut levé ; on lui prescrivit des bains et on le fit marcher avec des béquilles, et c'est alors qu'il fut présenté à l'Académie.

Je le vis le 11 novembre, quatre mois juste après l'accident.

La rotule paraît manifestement accrue en hauteur; celle du côté sain ayant 2 pouces en ce sens, l'autre a 2 pouces 8 lignes. A peu près vers le milieu de sa hauteur, on sent une gouttière transversale, limitée en haut et en bas par deux crêtes osseuses qui paraissent être le bord antérieur de chacun des fragments. L'intervalle qui sépare ces deux crêtes est de 8 lignes; égal par conséquent au surcroît de hauteur de l'os tout entier. Le fragment supérieur fait en dehors une saillie qui déborde l'inférieur d'environ trois lignes ; et si l'on mesure comparativement la largeur de la rotule saine au même niveau, on trouve à celle-ci 2 pouces, et au fragment supérieur de l'autre 2 pouces 6 lignes. Cette circonstance ayant fixé mon attention sur ce fragment, je découvris à peu près vers son milieu une petite gouttière verticale sans rebord sensible en dedans, limitée au contraire du côté externe par une saillie verticale très manifeste. Il est donc très probable qu'il y a eu fracture longitudinale du fragment supérieur, et que le fragment externe a été porté en dehors et sur un plan un peu antérieur au fragment interne. Du reste on ne pouvait découvrir de mobilité entre les trois fragments, ou si quelque doute existait pour la fracture transversale, la sensation était si obscure qu'il était impossible de rien affirmer.

Le malade ne pouvait pas encore faire un pas sans ses béquilles ; il avait le genou excessivement roide, et fléchissait à peine la jambe de 5 à 6 degrés. Quand il essayait de la fléchir davantage, il sentait l'obstacle, disait-il, dans l'intérieur du genou, au niveau du bord inférieur de la rotule.

Autant qu'il est permis de le vérifier sur le vivant, la fracture s'était réunie par une consolidation osseuse ; et dans l'état de la science à cette époque, c'était assurément un résultat très remarquable et qui faisait honneur à l'habileté du chirurgien. Toutefois essayons d'en déterminer la valeur réelle.

D'après mon examen, c'était là, comme pour le cas de Lallement, une fracture double, c'est-à-dire une fracture transversale avec une fracture verticale du fragment supérieur; l'os était demeuré plus long que l'autre ; c'est-à-dire que les surfaces fracturées ne s'étaient rejointes que par leur bord postérieur, et que leur partie antérieure restait séparée par une large crevasse transversale. L'appareil avait donc déjà déterminé le déplacement dont j'ai fait mention au commencement de ce mémoire; mais, en outre, qu'avait gagné le malade à sa consolidation osseuse? Au bout de quatre mois, la marche sans béquilles était impossible; et impossible encore de prévoir l'époque ou il serait permis de les quitter. J'aurais bien désiré revoir ce malade, et dans ce dessein j'avais pris son adresse; mais quand je me présentai à son garni, il l'avait déjà quitté, et il me fut impossible de retrouver ses traces.

Dans toutes les autres fractures soumises à mon observation et qui avaient été traitées par les appareils ordinaires, toujours il restait entre les fragments un écartement variable dont il faudra tout à l'heure étudier les conséquences; mais un autre ordre de phénomènes

qui se montre dès les premiers temps de la guérison doit d'abord fixer nos regards. M. Mayor a signalé l'impuissance presque absolue des releveurs de la cuisse pendant bien des jours après l'enlèvement de l'appareil. Les malades ne peuvent pas soulever le membre ou le fléchir sur le bassin, et quand on insiste pour qu'ils l'élèvent au dessus du lit, ils le couchent d'abord sur le côté interne, et le soulèvent à l'aide des muscles adducteurs. Je n'ai pas eu occasion de voir ce phénomène, qui s'explique, si je ne me trompe, par le sentiment de faiblesse et de méfiance qu'inspire toujours une fracture récemment guérie, et qui d'ailleurs ne persiste pas assez pour inspirer de légitimes craintes.

Mais, après cette première gêne surmontée, il y a en une autre plus grave et plus durable qui vient de la roideur du genou. Cette roideur, dont notre première observation offre déjà un exemple, n'est pas moins manifeste quand les fragments sont réunis par un cal fibreux, et l'on n'a pas toujours bien aperçu quelles sont les conditions qui la favorisent. A travers les obscurités du texte de Paul d'Egine, le premier chirurgien qui ait traité des conséquences de cette fracture, on peut douter si c'est de l'écartement ou de la roideur du genou qu'il a entendu parler, lorsqu'il dit que les mouvements demeurent gênés et que le blessé ne saurait faire de longues marches; qu'il déguise bien son incommodité en cheminant sur un plan uni, mais qu'elle se révèle surtout lorsqu'il monte, à raison de la difficulté de plier le genou. A. Paré ne laisse à cet égard aucun doute: *Pour le prognostic, ie dis, que iamais ie n'ay veu que ceux qui ont eu ceste partie rompue, ne soyent demeurés claudicans: parceque la conionction faite par le callus empesche le genoüil se pouuoir fleschir, et les malades trauaillent beaucoup en montant.* Fabrice de Hilden était du même avis; et la roideur de l'article qu'on attribuait à l'épanchement du cal passa pour la cause unique et inévitable de la claudication jusque vers la fin du 17e siècle.

Laurent Verduc fut le premier qui s'éleva contre le pronostic de Paré. « *Je puis assurer,* dit-il, *que j'ai traité trois ou quatre personnes dont la rotule était fracturée en travers, et que pas un n'a boîté, ni cloché; mes confrères en ont aussi traité plusieurs qui ont été bien guéris.* » Heister observa ensuite que la roideur de la jointure était surtout favorisée par une trop longue immobilité; et cette idée ayant frappé plusieurs chirurgiens, d'importantes modifications et même une méthode toute nouvelle furent imaginées pour conserver au genou sa mobilité. Pott résumait ainsi sa doctrine sur ce sujet.

« Il est certain que ceux qui marchent le mieux après une fracture de la rotule sont ceux qui l'ont eue fracturée transversalement en deux parties presque égales, qui n'ont pas resté longtemps couchés, et non au delà de l'inflammation passée, et ceux dont on a fait mouvoir le genou modérément après que les premiers accidents ont été dissipés; enfin ceux en qui les pièces fracturées ne sont pas dans un contact absolument exact, mais entre lesquelles il y a un léger intervalle. »

Enfin B. Bell, attribuant la roideur de l'article à l'inflammation et au repos trop prolongé, insistait également pour qu'on réduisît de beaucoup le temps de l'application de l'appareil; il disait cependant n'avoir pas vu cette roideur subsister au delà de trois ou quatre mois.

D'autres considérations, d'autres craintes ont prévalu parmi les chirurgiens modernes; ils se sont surtout attachés à obtenir une réunion plus solide, et ont laissé les blessés dans l'appareil jusqu'à deux et trois mois; aussi la plupart des sujets ainsi traités conservent-ils une roideur qui n'est pas à beaucoup près aussi facile à céder que l'a écrit B. Bell.

D'après mes observations sur ce point, la roideur m'a paru varier: 1° selon le degré de l'inflammation; 2° selon le temps que l'article a été condamné au repos; 3° selon la pression exercée par l'appareil; et enfin 4° selon l'époque à laquelle l'appareil a été appliqué, soit avant, soit après l'inflammation.

IIe OBSERVATION.—*Fracture directe de la rotule; appareil maintenu seulement 30 jours; prompte disparition de la roideur du membre.*

Lebours, fabricant d'instrument de mathématiques, âgé de 38 ans, avait eu, vers l'âge de 28 ans, les deux jambes fracturées, et les articulations tibio-tarsiennes à peu près ankylosées.

Le 8 août au soir, en montant son escalier, il fit un faux pas, tomba en avant, et probablement heurta du genou gauche le rebord tranchant d'une marche; mais, ayant perdu en même temps connaissance, il ne peut dire au juste ce qui est arrivé. Lorsqu'on vint à son secours, on le trouva couché à plat ventre, la jambe gauche étendue et ne pouvant même se fléchir sans de vives douleurs; on le releva, et il marcha jusqu'à son lit, toutefois soutenu sous les épaules et sans appuyer le pied gauche à terre. Le lendemain un médecin fut appelé, mais le gonflement du genou était tel qu'il fut impossible de rien reconnaître. Le malade resta 12 jours au lit; puis le gonflement étant dissipé, il se leva et se promena par la chambre; mais la gêne étant assez forte, le médecin fut rappelé, constata cette fois une fracture de rotule et envoya le malade à l'hôpital Necker. Je noterai que pour faire la route, le malade descendit lui-même les escaliers et monta en fiacre sans aucun secours.

Comme il y avait peu d'écartement, M. Lenoir, alors chargé du service, se contenta de placer le membre sur le plan incliné et de fixer les fragments par un bandage roulé. Cet appareil fut maintenu 30 jours, après quoi le malade commença à se lever; et le 3 octobre il était sorti de l'hôpital.

Je l'avais vu dans le service, et j'allai l'examiner environ un mois après sa sortie. Le genou n'avait guère conservé sa raideur que trois semaines après l'ablation de l'appareil; et déjà la liberté des mouvements était revenue presque entière. Le genou restait légèrement gonflé; la rotule gauche offrait environ 12 millimètres de hauteur de plus que l'autre; la fracture était double, et consistait d'abord en une division transversale vers le tiers inférieur de l'os, remontant cependant un peu plus en dehors qu'en dedans; et sur le bord externe un petit fragment en triangle paraissait détaché du fragment inférieur. Cette sorte d'esquille paraissait soudée au fragment inférieur, en faisant toutefois vers le bord externe une saillie de près d'un centimètre; et la grande fracture transversale présentait un écartement de 5 à 6 millimètres quand la jambe était étendue, allant jusqu'à un centimètre dans la flexion.

Le mollet gauche avait un peu maigri. Dans la marche, le malade conservait un sentiment de faiblesse dans le genou et une crainte continuelle de le voir fléchir involontairement. A part cette crainte instinctive, il montait l'escalier aussi librement qu'avant sa fracture et le descendait presque aussi bien; seulement il préférait descendre la jambe droite d'abord, comme plus solide, puis ramener la gauche sur la même marche. Ces résultats furent constatés en faisant la part des fractures de jambe antérieures, qui n'avaient pas peu restreint l'agilité du malade.

Voilà un résultat des plus heureux; et on pourrait penser que la courte durée de l'application de l'appareil suffit pour en rendre compte. Le cas suivant fera voir de quelle importance est encore la date de cette application.

III^e OBSERVATION. — *Fracture directe de la rotule; appareil placé immédiatement et gardé 40 jours; roideur très considérable, laissant encore des traces 6 ans après.*

Pierre Doucet, âgé de 68 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 28 janvier 1836, pour une carie du premier métatarsien du pied droit, carie résultant de la chute d'un moellon sur ce pied.

Ce malade portait en outre une fracture de la rotule du même côté, survenue six ans auparavant dans les circonstances que je vais dire. Il montait un escalier avec un sac d'avoine sur le dos, lorsqu'il trébucha et tomba en avant, de telle sorte que le genou droit alla heurter contre le bord tranchant de la marche supérieure, qui était en pierre. Il se trouva étendu tout de son long sur le côté, ayant la rotule cassée en travers, et les deux fragments déjetés en dehors du genou et regardant en arrière. On le conduisit immédiatement à l'hospice de Caen, où le membre fut pansé avec des compresses et une bande, puis placé dans une boîte qui maintenait la jambe étendue, le pied un peu élevé; le malade fut en outre situé le dos relevé, dans une position presque assise.

Il resta au lit 40 jours: on lui permit alors de se lever avec des béquilles, qu'il garda 18 mois; au bout de ce temps seulement il recommença à travailler.

Voici l'état dans lequel il est aujourd'hui. La jambe étendue sur son lit, les muscles dans le relâchement, la rotule apparaît divisée en deux fragments à peu près égaux par une fracture non tout-à-fait transversale, mais un peu oblique de dehors en dedans et de haut en bas (1). Les

---

(1) La *Gazette des hôpitaux* du 23 février 1836, en rendant compte de l'état de ce malade, disait que chaque fragment dépassait le volume d'une rotule entière. Cela était d'une parfaite inexactitude, aussi bien que quelques autres détails.

deux fragments paraissent un peu plus volumineux qu'ils ne devraient l'être; ils sont séparés par un intervalle d'un pouce au plus; si l'on comprime de haut en bas le fragment supérieur, on le fait descendre très facilement jusqu'au contact avec l'inférieur, et l'on produit même alors une sorte de cliquetis qui semble se passer entre eux. La jambe fléchie au contraire, l'intervalle augmente jusqu'à quatre travers de doigt, mais pas plus. Il y a ici quelque chose de particulier : quand le malade étend la jambe de lui-même, c'est le fragment inférieur qui remonte; quand il la plie, c'est le même fragment qui descend, l'autre demeurant immobile. Du reste, ni la flexion ni l'extension ne sont complètes.

En conséquence, quand le malade marche, bien qu'il appuie à terre par toute la plante du pied, la jambe est toujours un peu fléchie; de là un raccourcissement du membre, cause déjà suffisante de claudication. Aussi a-t-il besoin d'un bâton pour assurer sa marche; avec ce secours, il va assez bien, surtout par un beau temps; il a remarqué aussi que par un temps chaud les mouvements de la jambe sont plus étendus. Dans les mauvais temps, c'est le contraire, et de plus il ressent des douleurs dans le genou.

Lorsqu'il monte les escaliers, il porte toujours la jambe gauche en avant. Il dit avoir plus de facilité à monter qu'à descendre; ou du moins avoir plus de confiance en sa jambe.

Il peut porter sur l'épaule d'assez lourdes charges, de 150 à 200 livres; une fois même il a porté 250. Mais c'est là surtout que son infirmité est manifeste; car, avant sa fracture, il pouvait porter jusqu'à 6 à 700 livres.

Enfin, la jambe et la cuisse de ce côté présentent, dans leur circonférence, un pouce de moins que celles du côté sain; suivant le malade, cette sorte d'atrophie n'aurait commencé à devenir sensible que depuis deux ans.

Je ne veux pas faire ressortir toutes les conséquences que l'on peut tirer de cette observation; il suffit pour le moment de ce qui regarde la roideur du membre. Ainsi nous trouvons là une fracture survenue dans les mêmes circonstances que la précédente; l'appareil n'a été gardé que dix jours de plus; seulement il a été appliqué dès le début. Pour ces dix jours d'application prématurée, le malade a été condamné à une impotence de 18 mois. Exposée dans ces termes, la conséquence paraîtrait bien grave sans doute pour une cause bien légère; mais il ne faut pas oublier l'énorme contusion qu'avait dû déterminer un choc assez violent pour fracturer l'os et le jeter à la fois hors de sa place naturelle. Tout appareil appliqué dans ces circonstances entraînera pour le moins une roideur presque invincible. Je me souviens d'avoir vu dans un hôpital militaire un sergent de 27 ans, qui en descendant un escalier avait fait un faux pas, s'était rejeté en arrière pour sauver son équilibre, et étant tombé sur les fesses les jambes pliées sous lui, avait eu la rotule droite cassée en travers, tout près de son angle inférieur. Comme il y avait un écartement très considérable, on jugea à propos de rapprocher les fragments à l'aide de bandelettes de diachylon figurant un 8 de chiffre; la douleur toujours croissante obligea d'ôter l'appareil le 10e jour. Sous la bandelette transversale supérieure, il y avait une escarre comprenant presque toute l'épaisseur du derme; les deux fragments étaient rapprochés à un intervalle de 2 à 3 lignes; et un gonflement considérable de tout l'article les maintenait dans cette position sans bandage. Le chirurgien s'en applaudissait, espérant ainsi une consolidation plus solide; et le malade fut envoyé plus tard aux eaux dans le but de rendre un peu de souplesse à ce genou qui paraissait presque ankylosé. Jamais je n'avais vu au sortir du lit un genou aussi inflexible; et bien que je n'aie pas revu le malade, je doute fort qu'il ait jamais recouvré la liberté des mouvements.

Dans l'observation qui suit, les indications ont été mieux saisies; on a attendu la chute de l'inflammation; aussi bien que l'appareil ait été tenu en place environ 50 jours, la roideur a été infiniment moindre, et le résultat beaucoup plus satisfaisant.

IVe OBSERVATION. — *Fracture directe complétée par un effort musculaire; 50 jours d'appareil; marche gênée durant deux ans; état du membre environ trois ans après.*

En mars 1835, M. A. C., l'un de nos confrères, en voulant monter en cabriolet, se heurta violemment le genou contre la roue, ce qui lui causa une douleur si vive qu'il marcha tout le jour en fauchant, et que le soir, voulant ramasser un mouchoir, il ne le put qu'en étendant de

côté la jambe. Le lendemain, ayant encore un peu de gêne, il descendait un escalier tournant lorsque, voulant laisser passer un porteur d'eau, il glissa, se retint à la corde, et sentit un craquement dans le genou droit qui lui fit dire qu'il avait la rotule cassée. Il n'y eut pas de chute; le porteur d'eau l'aida à revenir chez lui, en traînant la jambe et marchant à reculons.

Il se fit un gonflement énorme, qu'on traita durant 10 jours, après quoi notre excellent et habile confrère, M. A. Thierry appliqua le bandage unissant, secondé par une gouttière postérieure et la position requise ; le traitement dura environ deux mois.

Dans le principe, la marche était très gênée et ne pouvait s'opérer qu'en boitant, et encore à l'aide d'une canne; la flexion était presque impossible, et le malade n'osait monter ou descendre qu'en portant une jambe devant l'autre pour chaque marche. Il garda sa canne durant deux ans ; puis enfin il put assez bien s'en passer.

Il eut la complaisance de me laisser examiner son genou en décembre 1838, près de trois ans après l'accident. Voici quel était alors l'état des choses :

La fracture a eu lieu en travers; le fragment inférieur paraît avoir 18 millimètres de hauteur; le supérieur, 36 millimètres. L'écartement varie de 18 à 22 millimètres, selon que la jambe est étendue ou fléchie. La flexion ne va pas tout-à-fait jusqu'à l'angle droit, et le fragment supérieur ne descend pas au-dessous du bord saillant supérieur des condyles fémoraux. Les fragments sont réunis par une sorte de tendon fort et saillant sur la ligne médiane, mince et semblant manquer sur les côtés.

Le malade marche parfaitement sur un plan uni; monte et descend l'escalier devant moi comme à l'état sain, une marche à chaque pas, sans difficulté. Voici comment il fut amené là : il y a un an environ, en montant un escalier avec un monsieur de 65 à 70 ans, qui avait eu six mois avant lui une fracture analogue, il fut frappé de voir l'aisance avec laquelle il montait, et lui en témoigna sa surprise. L'autre lui répondit : *c'est que vous vous écoutez ; et moi je n'écoute pas les médecins.*—Dès lors, il essaya, et parvint bientôt au même résultat. Cependant il n'oserait monter deux marches à la fois ni les descendre.

Il monte bien à cheval, mais craint le trot. Suivant son expression, sa rotule est comme sa maîtresse; il y songe toujours. Deux fois il est tombé de cheval et de voiture, et toujours a pris soin et a eu le bonheur de tomber sur le côté gauche, la jambe droite étendue. Il est faible de ce côté, et en changeant de place sa bibliothèque, il ne pouvait, par exemple, porter un lot trop considérable de volumes, sentant toujours son genou prêt à fléchir.

Je reviendrai sur ce fait lorsque j'examinerai la solidité du cal fibreux en rapport avec les fonctions du membre. Remarquons seulement qu'après un traitement où le chirurgien et le blessé apportaient chacun le concours le plus éclairé, le malade n'a pu qu'au bout de deux ans se séparer de sa canne.

Voici une autre observation où les indications n'ont pas été moins bien remplies, et l'appareil n'est pas resté plus longtemps appliqué; mais des douleurs rhumatismales occupant le genou sont venues contrarier les efforts du chirurgien; il est curieux de constater ce qu'une si légère complication a pu produire.

V^e OBSERVATION. — *Fracture transversale par effort musculaire; appareil maintenu près de 50 jours, malgré des douleurs dans le genou; flexion encore impossible au bout de 17 mois.*

Le 2 décembre 1838, la nommée Joséphine Deschamps, journalière, âgée de 35 ans, revenait chez elle avec une légère charge sur le dos, et marchait sur le trottoir, quand tout-à-coup elle eut la sensation d'un faux pas et tout à la fois d'un très fort craquement dans le genou gauche; à l'instant même elle tomba à la renverse, la jambe gauche pliée sous elle. Elle essaya de se relever, retomba encore; alors on vint à son secours et on l'apporta à l'hôpital Necker, où M. Lenoir faisait le service par intérim.

A la visite du lendemain, le genou était tellement tuméfié que toute investigation était à peu près impossible. On soupçonna toutefois une fracture transversale de la rotule, qui devint évidente quelques jours après.

Je la vis seulement le 7, au matin. Le genou, toujours tuméfié, laissait cependant sentir à sa face antérieure une sorte d'espace carré, limité en haut et en bas par les bords saillants de la fracture, assez large pour y enfoncer le pouce, et offrant sous les doigts une fluctuation manifeste. La fracture paraissait transversale, et située à peu près au milieu de l'os. En insistant

pour mieux connaître les circonstances de l'accident, j'appris que le craquement était arrivé à l'instant où la jambe gauche, solidement appuyée sur le sol, allait recevoir le poids du corps, et conséquemment dans une extension complète ou presque complète. Comme la fracture était manifestement ici produite par l'effort des muscles, je recherchai si l'os avait bien toute sa solidité normale. La femme répondit que depuis une autre chute, faite quatre ans et demi auparavant, et dans laquelle elle s'était fracturé l'olécrâne, elle avait ressenti de temps à autre, dans le genou gauche, des douleurs du reste très supportables, et qui ne l'empêchaient pas de vaquer à ses travaux ; cependant, ces douleurs étaient accompagnées d'une sorte de faiblesse telle qu'elle n'osait s'agenouiller, dans la crainte instinctive *de se déranger*, suivant ses expressions, *quelque chose dans la boîte du genou.* Ce qui est assez notable, c'est que quelques jours avant l'accident ces douleurs l'avaient plus vivement inquiétée, et par leur fréquence et par leur intensité.

L'inflammation étant très vive, on avait seulement placé le membre sur des coussins, le genou légérement fléchi ; et on avait appliqué des sangsues à plusieurs reprises. Le gonflement céda peu à peu ; les douleurs persistèrent plus longtemps, revenant surtout la nuit, pareilles à des piqûres d'épingles, et s'étendant quelquefois jusqu'au talon. Le 11, l'écartement, mesuré avec soin, était de trois centimètres et demi. Le 14, on appliqua le bandage unissant des plaies en travers ; la fluctuation entre les fragments avait beaucoup diminué, et déjà, en regardant le membre de profil, on y distinguait une dépression de 5 à 6 millimètres. L'appareil ne servit pas beaucoup d'abord, car la malade le dérangeait sans cesse à cause de ses douleurs. Cependant, dès le 17, la fluctuation ayant presque disparu entre les fragments, l'écartement était réduit à 25 millimètres.

Le 20, la malade commence à dormir et à s'accoutumer au bandage ; il semble encore que l'on ressent sous les doigts, entre les fragments, une fluctuation sourde, profonde, et au total fort douteuse. Le 24, toute sensation de ce genre avait complétement disparu.

Le 27, on renouvela une dernière fois l'appareil ; après quoi il resta en place jusqu'à la fin de janvier 1839. La malade n'avait pas cessé de ressentir dans le genou des douleurs qui paraissaient être de nature rhumatismale, devenant plus aiguës à chaque variation de l'atmosphère. Le 2 février, 62 jours après l'accident, les fragments, très mobiles, étaient écartés de près de 2 centimètres ; la malade n'avait pas encore quitté le lit. Elle ne commença à marcher avec des béquilles qu'à la fin du 3e mois, et elle emporta ses béquilles en sortant de l'hôpital, le 18 mars.

Je la revis le 4 mai 1840, 14 mois environ après sa sortie, 17 mois après la fracture. Les deux fragments n'étaient plus écartés que d'un centimètre ; le genou, fort roide, restait étendu et ne se pliait tout au plus que de 15° à 18° ; la malade ne marchait qu'en se servant d'une béquille, et même avec sa béquille était exposée à des chutes fréquentes ; elle montait un escalier avec peine, et éprouvait bien plus de peine encore pour descendre ; et, chose curieuse et triste à la fois, en même temps qu'elle souffrait de l'impossibilité de fléchir la jambe, elle sentait que cette jambe n'était pas assez fortement maintenue par les muscles rotuliens pour soutenir le poids du corps ; elle n'osait qu'à peine appuyer le pied de ce côté, et son genou lui semblait toujours menacer de ployer.

A la vérité, je n'ai pas revu cette malade à une date aussi éloignée de sa fracture que le précédent ; mais une situation aussi déplorable, au bout de 17 mois accomplis, suffit de reste pour montrer la différence du résultat, et ne laisse pas même de grandes espérances pour l'avenir. On pourra dire qu'il y avait une fâcheuse complication, et je l'avoue ; j'ajouterai pourtant que ces douleurs ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser, d'après le silence des auteurs ; et qu'on aurait difficilement deviné *a priori* qu'elles auraient une aussi grave influence. Il faut considérer aussi que l'appareil a été maintenu bien moins longtemps que ne le voulait Dupuytren, par exemple ; et voici deux cas dans lesquels on pourra juger ce que vaut le repos prolongé fort au delà de deux mois.

VIe OBSERVATION.—*Fracture directe ; appareil maintenu* 80 *jours ; marche gênée pendant* 18 *mois ; état du membre* 25 *ans après.*

A ma consultation du 4 février 1841, à Bicêtre, se présenta le nommé Ganne, âgé de 61 ans, et depuis trois ans déjà entré dans cet hospice. Il avait 36 ans, lorsque, en traversant un pré, il tomba sur une pièce de bois et se heurta le genou gauche. Malgré la douleur il se

releva, fit trois pas encore, et tomba cette fois en arrière sans pouvoir se relever. On le rapporta chez lui; un médecin appelé reconnut une fracture de la rotule, le fit tenir au lit la jambe étendue, soulevée à l'aide de coussins et maintenue par des attelles. Au 40ᵉ jour, le malade impatient défit son appareil et essaya de se lever; mais ayant fait un faux pas, sans tomber toutefois, il prit l'alarme et se remit au lit encore 40 jours.

Au bout de ces 80 jours, il commença à marcher avec des béquilles, qu'il garda un an entier; puis une béquille lui suffit, puis un béquillon; et enfin au bout de 18 mois il put marcher sans soutien, et reprendre son état de terrassier. Mais jamais ses forces ne revinrent complètes. Avant son accident, il portait sans peine un fardeau de 200 kilogrammes; depuis il tomba à 125; et quelquefois, par manière d'essai, il allait jusqu'à 160, mais il sentait que le fardeau était trop lourd pour lui. Avant l'accident il était très grand marcheur, faisant facilement 15 à 20 lieues; et il se vantait même d'avoir fait en quatre jours la route de Clermont à Fontainebleau qui est de 85 lieues. Depuis l'accident, la moyenne du chemin qu'il peut faire est de 10 à 12 lieues; il a quelquefois été à 15; mais il était alors obligé de se reposer le lendemain.

Aujourd'hui, après 25 ans écoulés, voici quel est l'état de ce malade. La rotule a été fracturée en travers au tiers inférieur; les fragments très mobiles sont séparés par un intervalle de 4 centimètres et demi; le genou n'est nullement gonflé, et les mollets sont égaux en volume. Il ressent cependant de temps à autre des douleurs qu'il compare à des coups d'aiguilles dans le mollet du côté de la fracture, principalement la nuit et dans les changements de temps. Le genou est exempt de ces douleurs; seulement il y sue facilement lorsqu'il travaille un peu fort. Il monte parfaitement un escalier, mais ne le descend qu'avec quelque peine, la flexion n'étant pas complète. Un signe assez curieux de la faiblesse des muscles extenseurs de la jambe, c'est que quand le malade met son bas, la légère traction exercée sur le pied rend l'extension de la jambe impossible et détermine quelque douleur dans le genou; l'expérience lui a appris alors à renverser le pied en dehors ou en dedans, et à tirer ainsi, la jambe étant dans l'extension et n'étant pas exposée à fléchir en arrière, comme s'il tirait dans la direction ordinaire.

Mais cela n'est rien encore auprès du cas suivant, dans lequel il n'y avait aucune complication, et où même l'appareil a été enlevé de bonne heure, et le séjour trop prolongé au lit a suffi pour produire une roideur opiniâtre.

VIIᵉ OBSERVATION.—*Fracture par action musculaire; repos au lit durant 5 mois; roideur et claudication persistant encore deux ans après.*

Siboulotte, cocher, âgé de 49 ans, entra le 14 octobre 1839 à l'hôpital de la Charité, où je faisais le service par intérim. Il portait une entorse récente au pied gauche, et en rapportait la cause à la faiblesse de la jambe droite, dont la rotule avait été cassée deux ans auparavant. Il racontait ainsi l'histoire de sa fracture.

En dansant une contredanse, il avait subitement ouï un craquement dans le genou accompagné d'une vive douleur, ce qui ne l'avait point empêché de faire encore quelques pas; puis la jambe avait fléchi sous lui, et il était tombé sur son derrière. On l'avait mis dans un appareil ordinaire, qu'il avait gardé seulement trois semaines; mais pour consolider le cal, on l'avait gardé au lit cinq mois entiers. A sa sortie il avait passé, comme de coutume, par les béquilles et le béquillon, qu'il avait enfin quittés; et voici quel était son état après deux ans écoulés.

La fracture est transversale, située un peu au dessus de la partie moyenne de l'os; l'écartement est de 16 à 18 millimètres. La flexion du genou ne va pas au delà de l'angle droit; le malade boite sensiblement, et se trouve obligé de reporter presque tout le poids du corps sur la bonne jambe; et c'est ainsi que l'entorse est arrivée. J'essayai les bains de vapeur pour assouplir le genou; ils furent inutiles. Je tentai de forcer la flexion; mais le fragment supérieur paraissait rencontrer un obstacle invincible au niveau du rebord supérieur de la poulie fémorale; et le cal fibreux menaçait de se rompre si l'on eût forcé le mouvement. Enfin, j'avais commencé à essayer les flexions graduées exécutées par un aide, tandis que moi-même, avec les deux pouces réunis, je refoulais en bas le fragment supérieur; et il me semblait que j'obtenais ainsi une faible amélioration, lorsque M. Gerdy reprit le service, et, jugeant tout traitement inutile, renvoya le malade aussi boiteux que je l'avais reçu.

Déjà, si je ne me trompe, ces quelques observations donnent à la fracture de la rotule

une physionomie toute différente de celle qu'elle a dans nos Traités classiques et dans nos Dictionnaires. Cela ne ressemble guère, par exemple, aux observations publiées par Boyer, dans lesquelles les malades sortent de l'hôpital au bout de 40 à 50 jours, *complètement guéris, parfaitement guéris, marchant avec facilité, les mouvements* n'étant *pas gênés du tout.* Pour ma part, à l'exception des sujets que j'ai traités par mes griffes, je n'en ai vu aucun *parfaitement guéri*; et j'en ai vu beaucoup réduits à une véritable et déplorable infirmité. Encore n'avons-nous fixé notre attention que sur une partie du tableau; et les fractures de rotule mal consolidées entraînent quelquefois des accidents bien autrement graves.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES *sur les cavités closes, naturelles ou accidentelles, de l'économie animale,* par M. VELPEAU.

Tel est le titre d'un grand travail dont M. Velpeau a présenté un résumé à l'Académie des sciences dans la séance du 6 mars dernier, et qui depuis a été publié en entier dans les *Annales de chirurgie,* où il occupe un peu plus de 200 pages. L'analyse en serait nécessairement fort longue, si nous avions à reproduire toutes les idées émises par le savant académicien; mais il nous suffira de glisser rapidement sur la partie purement anatomique et physiologique, nous réservant d'insister, autant qu'il sera nécessaire, sur la partie chirurgicale.

1° *Anatomie des cavités closes.* L'idée-mère développée ici par M. Velpeau est assez bien résumée dans les lignes suivantes que nous reproduisons textuellement:

« Une étude attentive de ces cavités, décrites jusqu'ici sous le titre de *membranes séreuses* ou *synoviales,* m'a démontré que ce ne sont ni *des sacs,* ni de véritables membranes, comme on le croit généralement depuis Bichat. Les recherches multipliées auxquelles je me suis livré ne laissent, dans mon esprit, aucun doute à ce sujet. Aux divers âges de la vie intra-utérine, sur le cadavre de jeunes sujets, sur des adultes ou des vieillards, j'ai toujours trouvé à la place de *sacs,* ou de *membranes* fermées, *de simples surfaces, cavités* sans ouverture. Ceci est d'ailleurs un fait très général, qui s'applique à d'autres parties de l'organisme. »

M. Velpeau étudie successivement sous ce point de vue les séreuses viscérales, les synoviales articulaires, les synoviales tendineuses, les bourses muqueuses, et enfin les séreuses accidentelles. Partout il voit des cavités formées dans certains points par des lambeaux de membranes véritables, dans d'autres points par de simples surfaces séreuses impossibles à isoler. Ainsi, à propos des séreuses articulaires:

« Non seulement, dit-il, il n'y a point de membrane synoviale à la face libre des cartilages, mais encore cette membrane manque également à la face interne de la plupart des ligaments. Prenons le genou pour exemple; si l'on cherche la membrane synoviale derrière le ligament rotulien ou la terminaison du tendon des muscles de la cuisse, on ne l'isolera point comme membrane distincte. Il en sera de même vis-à-vis du ligament latéral interne et des autres plaques fibreuses du pourtour de l'articulation. Ce n'est guère qu'en dehors, sur le contour des surfaces cartilagineuses, dans les rainures qui séparent l'enveloppe fibreuse des têtes articulaires, qu'on trouve une membrane synoviale réelle; encore semble-t-elle faire partie des plis, des franges, des paquets cellulo-graisseux, appelés *glandes synoviales* sur plusieurs de ces points. »

Les séreuses accidentelles sont soumises à la même loi. M. Velpeau en distingue deux ordres: 1° celles qui sont nécessitées par quelque déplacement d'organe ou de fonctions, comme dans les fausses articulations résultant de fractures ou de luxations non réduites; les bourses muqueuses développées sur le dos et l'acromion des portefaix, le sternum des menuisiers, les malléoles externes des tailleurs, la gibbosité des bossus, les parties saillantes des pieds-bots; 2° les séreuses pathologiques, kystes séreux du tissu cellulaire, du corps thyroïde, de la mamelle, du testicule, de l'ovaire, des ganglions lymphatiques. Presque constamment il n'y a dans tous ces cas que des surfaces séreuses non isolables, et cela est surtout exact quand elles se développent dans les glandes ou dans un tissu cellulaire dense et serré; quelquefois seulement, lorsque le tissu cellulaire où elles se sont creusées est abondant, souple et lamelleux, elles peuvent être détachées sous forme de sa

ou d'ampoule; encore, pour M. Velpeau, cette séparation est en tout comparable à l'isolement pur et simple d'une couche cellulaire quelconque.

Ces idées, à part un peu d'exagération peut-être, sont certainement fondées en réalité, et nous montrent le système séreux sous une face toute nouvelle. Dans la deuxième partie de son travail, M. Velpeau étudie l'évolution des cavités séreuses chez l'embryon et le fœtus: cette étude est trop éloignée des applications pratiques pour nous arrêter. Puis il s'enquiert de leurs usages, et ici les données physiologiques offrent plus d'intérêt au chirurgien.

2° *Physiologie.* Les usages sont différents, selon que les cavités closes appartiennent à l'état normal ou à l'état pathologique.

Les premières ont pour but principal, sinon unique, de rendre faciles et souples les mouvements des parties voisines. Si donc elles viennent à disparaître, les mouvements seront gênés ou même perdus; que si, au contraire, les organes voisins sont aptes encore à continuer leurs mouvements, la cavité séreuse détruite finira par se reproduire. Ce fait est assez bien connu pour les adhérences partielles de la plèvre et du péritoine; M. Velpeau le généralise, et dit l'avoir constaté pour les larges adhérences de ces deux cavités; pour la tunique vaginale, les séreuses articulaires et tendineuses, et enfin les bourses sous-cutanées. Voilà, certes, une loi nouvelle et bien séduisante; mais ne serait-on pas en droit de demander à M. Velpeau comment il a procédé à cette constatation? Car, pour la plèvre et le péritoine, si l'on fait des expériences sur des chiens, par exemple; que l'un, sacrifié dans les premiers jours, présente de fortes adhérences; qu'un autre, examiné plus tard, présente des adhérences moindres; qu'un troisième, à une époque plus éloignée encore, n'en offre plus du tout; ces expériences, suffisamment répétées et donnant toujours le même résultat, établiront une preuve suffisante de la disparition de certaines adhérences. Mais quand M. Velpeau assure, par exemple, que sur trois sujets opérés de l'hydrocèle et disséqués par lui, quelques années plus tard il a vu que la tunique vaginale *s'était reproduite,* il oublie qu'il n'a nullement constaté qu'elle était oblitérée.

« Dans les articulations malades, poursuit-il, que j'ai traitées par les injections irritantes, les adhérences qui amènent d'abord la guérison de l'hydarthrose disparaissent ensuite, de telle sorte que la jointure reprend bientôt toute sa mobilité naturelle. »

L'auteur nous paraît encore là tomber dans une erreur de logique, fort commune au reste en chirurgie, qui consiste à prouver la question par la question; en d'autres termes, à donner comme preuve ce qui est précisément à démontrer. Il serait fort important, à coup sûr, d'établir que les hydarthroses peuvent guérir par des adhérences, et que ces adhérences tendent ensuite à disparaître; mais, il faut bien le reconnaître, ce n'est jusqu'à présent qu'une pure hypothèse donnée à tort comme une réalité.

Les cavités pathologiques ont au contraire pour fonction unique d'isoler au sein des organes des matières nuisibles ou au moins inutiles au reste du corps. Créées d'abord pour un but apparent d'utilité, elles finissent par être un obstacle et une véritable maladie; ainsi du sang ou de la sérosité épanchée simplement dans le tissu cellulaire serait facilement résorbé; si, au contraire, il se forme à l'entour une cavité séreuse, l'absorption n'a presque jamais lieu, et le malade ne guérit qu'à l'aide d'une opération chirurgicale.

Cette partie est terminée par quelques recherches très curieuses, tentées par M. Bernard, interne des hôpitaux, sur l'injection de divers gaz dans le tissu cellulaire. On sait que l'air atmosphérique, insufflé même à doses énormes, s'absorbe très bien; et je renverrai à cet égard aux expériences mentionnées dans mon mémoire *sur l'innocuité de l'air dans les plaies sous-cutanées* (*Voyez* ci-devant, p. 97). M. Bernard a trouvé que l'oxygène et l'acide carbonique sont aussi rapidement absorbés; mais l'azote et l'hydrogène résistent à l'absorption d'une manière bien singulière, et même ne seraient jamais absorbés.

« Au bout de quelques jours, dit M. Bernard, par suite des mouvements de l'animal, le gaz se déplace, s'accumule dans certains points, et particulièrement sur le dos, au cou et dans les régions inguinales. Dans les premiers jours on peut, en pressant le gaz avec la main, le faire changer de place; mais, après douze ou quinze jours, ce déplacement est plus difficile. Alors on constate que le tissu cellulaire sous-cutané s'est transformé en vastes cellules dont les unes communiquent entre elles, tandis que les autres, closes de toutes parts, constituent de véritables kystes gazeux. Si l'on examine ces cellules ouvertes, on trouve leurs parois formées de tissu cellulaire condensé, ayant l'aspect d'une membrane séreuse, et lubréfié par une certaine quantité de sérosité. Les cloisons complètes ou incomplètes qui séparent ces vacuoles sous-cutanées offrent une disposition très variée, et elles contiennent dans leur épaisseur des vaisseaux qui se rendent à la peau.

« Si, au lieu d'ouvrir largement ces kystes gazeux, on se borne à les piquer pour en chasser le gaz contenu, les piqûres se cicatrisent, la plaie s'affaisse et se rapproche des parties situées au-dessous; mais le recol-

lement ne s'opère plus. Au bout de plusieurs semaines, on retrouve encore une véritable cavité séreuse, contenant même quelquefois une assez grande quantité de liquide transparent. »

3° *Pathologie.* Au point de vue où l'auteur s'est placé, on comprend comment toutes les affections qui peuvent atteindre les divers tissus communs de l'organisme doivent aussi se rencontrer dans les cavités séreuses. Sans songer à décrire séparément toutes ces affections, M. Velpeau se contente d'émettre la proposition suivante :

« *Aucune maladie ne débute, à proprement parler, par la surface des cavités closes ; c'est toujours le tissu dont ces surfaces font partie qui est le siége primitif de la maladie.* »

Et par une conséquence nécessaire,

« *Il conviendrait donc de dire, quand on parle des inflammations ou autres altérations des cavités closes, qu'il y a* maladie de la paroi *cartilagineuse, osseuse, fibreuse, ligamenteuse ou celluleuse de la cavité et non de la* membrane séreuse, *du tissu séreux ou synovial.* »

Nous avons dit plus haut que peut-être, ainsi qu'il arrive aux meilleurs esprits, M. Velpeau se laissait entraîner à exagérer des idées dont nous ne contestons point d'ailleurs la justesse; et, en effet, ne semble-t-il pas qu'ici il oublie ce qu'il avait accordé auparavant, savoir, que dans la plupart des cavités séreuses naturelles il y a *des lambeaux de membranes véritables ?* Or, ces lambeaux ne participent-ils point à l'affection de la cavité, et dès lors ne faut-il pas garder au moins pour eux le titre de membranes ou tissus séreux, et les maladies de ce tissu ? Ailleurs même, s'il n'y a que des surfaces appartenant aux tissus les plus divers, il faut bien reconnaître que la forme nouvelle revêtue par ces tissus a suffi pour leur donner des aptitudes pathologiques toutes nouvelles; bien plus, que cette simple forme a acquis et possède une aptitude générale partout identique et indépendante du tissu qui la supporte ; de telle sorte que la surface péritonéale aura beau appartenir, ici au foie, là à la rate, ailleurs aux aponévroses, ailleurs encore à de véritables membranes, partout néanmoins elle est apte à contracter, par exemple, l'inflammation pseudo-membraneuse, tout comme si c'était une membrane unique et sans lacunes. Nous aurions désiré que M. Velpeau abordât plus directement cet ordre de considérations, et mît sa doctrine sous une plus vive lumière; mais on sent que la portion vraiment pratique de son travail l'attirait fortement, et qu'il s'est hâté d'y arriver.

Circonscrivant donc désormais son sujet dans les épanchements des cavités séreuses, il se demande comment on parviendra à les guérir. La simple évacuation, par écrasement, rupture, ponction ou incision sous-cutanée, est d'une efficacité fort douteuse, et, dans tous les cas, fort limitée. Il faut y joindre un certain degré d'inflammation qui fasse adhérer les parois et disparaître la cavité; or, cette inflammation peut être simplement adhésive, et alors elle est tout-à-fait sans inconvénient; ou elle peut devenir purulente, et les adhérences ne sont obtenues qu'au prix de quelque danger. Le problème à résoudre est donc le suivant :

« *Faire naître dans les cavités closes affectées d'épanchement une* irritation *qui soit* toujours adhésive *et qui ne devienne jamais* purulente. »

« La solution de ce problème comprend plusieurs éléments. D'abord, plus le liquide épanché se rapproche du sérum, plus il est facile d'obtenir l'inflammation adhésive; plus au contraire ce liquide ressemble au pus, moins il y a de chances d'éviter l'inflammation purulente. On devine par là qu'il faut essayer de ramener la collection à l'état de collection séreuse, si telle n'était pas sa nature primitive. On arrive à ce résultat, dans un grand nombre de cas, en vidant plusieurs fois, à quelques intervalles, les abcès par une simple ponction. Il en est de même des dépôts sanguins. Débarrassée momentanément des liquides purulents ou hématiques épanchés, la cavité se remplissant de nouveau exhale plutôt du sérum qu'un liquide analogue à celui qu'elle contenait d'abord. Répété un certain nombre de fois sous l'influence des ponctions, ce travail rend possible la transformation d'une collection de sang ou de pus en collection purement séreuse, séro-sanguine, ou séro-purulente. Des observations déjà nombreuses m'ont démontré ce fait sans réplique sur la plupart des régions du corps. »

Nous avons transcrit en entier ce passage très remarquable, parce qu'en exposant nettement la loi des transformations des liquides épanchés, il en tire aussitôt une application légitime et féconde pour les besoins de la pratique. Si la chirurgie était toujours ainsi raisonnée, c'est alors qu'au lieu d'être ravalée à la condition d'un métier, elle mériterait d'être appelée un art et une science. Mais continuons.

L'épanchement ainsi ramené à la nature séreuse, il s'agit de trouver le moyen qui, par lui-même, tend toujours à provoquer l'inflammation adhésive, et jamais l'inflammation purulente. *Toujours* et *jamais !* Grands mots qui peuvent bien révéler notre but et nos désirs, mais qui ne nous en font que mieux sentir notre impuissance. Quoi qu'il en soit, M. Velpeau, passant rapidement en revue quelques-uns des moyens proposés pour obtenir

l'inflammation adhésive, s'empresse d'ajouter que les injections sont, de tous, les mieux choisis, et, parmi les injections, donne une préférence décidée à l'injection d'iode. Elle réunit, à son avis, quatre grands avantages :

1° Elle fait naître l'inflammation adhésive dans les cavités aussi sûrement qu'aucune autre ;

2° Elle agit fructueusement sur les engorgements qui compliquent parfois les hydropisies ; et par exemple, dans l'hydrocèle compliquée d'engorgement du testicule, l'injection iodée, pratiquée de prime abord, procure presque constamment la double guérison de l'engorgement et de l'hydrocèle ;

3° Elle expose moins que le vin à l'inflammation purulente ;

4° Et enfin, infiltrée dans le tissu cellulaire, elle n'amène pas d'inflammation gangréneuse. Cette dernière assertion mérite d'être appuyée des preuves fournies par l'auteur.

« J'ai bien constaté, dit-il, que, pendant ou après l'opération de l'hydrocèle, la teinture d'iode s'est épanchée en plus ou moins grande quantité chez plusieurs malades entre la peau et les autres tuniques du scrotum ; j'ai bien acquis, pour mon compte, la certitude que ces épanchements n'ont point produit d'inflammation notable, ou n'ont produit du moins qu'une inflammation purulente très limitée. J'ai acquis sept à huit fois cette certitude, soit dans des opérations pratiquées par moi, soit à l'occasion d'opérations pratiquées par d'autres sous mes yeux ; mais comme la dissection ne pouvait pas être invoquée en pareil cas, j'avoue que le fait pouvait ne pas paraître complètement démontré. Pour lever toute incertitude à ce sujet, j'ai injecté de la teinture d'iode étendue d'eau dans le tissu cellulaire d'un certain nombre de chiens, de lapins, de cochons d'Inde. Or, ces expériences, dont j'expose ici l'observation abrégée, ont toutes donné le même résultat, c'est-à-dire que la teinture d'iode n'est pas restée sous la peau, qu'elle n'a point fait naître de gangrène ni de suppuration, et que les animaux n'ont éprouvé aucun accident à la suite de cette petite opération. »

Il importait cependant de déterminer dans quelles proportions la teinture d'iode serait le plus utile. M. Velpeau l'a mélangée à l'eau dans la proportion d'un neuvième, d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers, à parties égales, et enfin il l'a employée pure. Il a réussi avec tous ces liquides ; seulement la teinture d'iode pure occasionnant une douleur assez vive, les proportions d'un neuvième et même d'un quart étant trop faibles pour activer la résolution, il a adopté depuis plusieurs années le mélange d'un tiers de teinture avec deux tiers d'eau. L'eau simple vaut autant que l'eau distillée ; quant à la température, il est inutile de faire chauffer le liquide ; M. Velpeau estime même que, lorsqu'il est tiède, son efficacité est un peu moindre.

Une certaine quantité d'iode tendant à se précipiter dans l'eau chargée de teinture, M. Félix d'Arcet avait proposé, dès 1840, d'ajouter au liquide une certaine proportion d'iodure de potassium, et nous avons vu que M. Bonnet de Lyon avait suivi ce conseil (*Voyez* ci-devant, p. 57). M. Velpeau a négligé cette précaution sans le moindre inconvénient, et nous l'avons imité avec autant de succès. Mais ce qui lui est propre et qui est peut-être plus hardi qu'il n'est nécessaire, c'est de laisser une certaine quantité de l'injection dans la cavité séreuse ; pour l'hydrocèle, par exemple, quand l'injection est terminée, quand il a secoué ou malaxé mollement la tumeur durant quelques secondes, il laisse sortir le liquide sous l'influence de la seule rétraction des tissus, sans exercer de pression réelle. Quand le liquide cesse de couler par le fait de cette rétraction, il retire brusquement la canule, et l'opération est terminée. La raison déterminante de M. Velpeau, c'est que *le liquide iodé ne produit habituellement ni gangrène, ni suppuration*. Notre raison, à nous, pour nous écarter de sa méthode, c'est que le liquide a produit quelquefois de la suppuration, et que l'évacuation incomplète semble tout-à-fait propre à exposer à l'inflammation suppurative.

Le reste de ce long travail est consacré à énumérer les cas divers dans lesquels M. Velpeau a employé les injections d'iode. Ce sont d'abord les hydrocèles de toute nature chez l'homme et chez la femme, simples, enkystés, à cavités multiples ou même congéniaux ; — les hernies pour en procurer la cure radicale ; — des sacs séreux siégeant dans l'aine ou la fosse iliaque, ou même dans l'intérieur du bassin ; — les hydropisies des bourses muqueuses sous-cutanées, naturelles ou accidentelles ; — les kystes séreux du sein, du corps thyroïde ; — les kystes tendineux, vulgairement appelés *ganglions* ; — les hydarthroses ; — et enfin il a fait quelques essais sur les séreuses viscérales. A cet égard nous dirons seulement qu'il a limité ses expériences au péritoine ; et tous les chiens auxquels il a injecté un mélange de teinture d'iode au tiers et même au 5e ont succombé. Au septième, les animaux ont survécu, bien qu'avec des adhérences fort étendues dans le péritoine. Quant aux injections tentées sur l'homme dans un but thérapeutique, comme elles ont presque toujours réussi, il serait fastidieux de répéter pour chaque affection les résultats obtenus ; nous reviendrons, toutefois, dans la prochaine *Revue*, sur les sujets les plus importants, que nous rangerons sous autant de titres particuliers.

De l'emploi du sulfate de cuivre *pour obtenir la cicatrisation des plaies et des ulcères*, par M. Brunzlow de Brandenbourg.

Le sulfate de cuivre, employé depuis longtemps pour les plaies comme astringent ou cathérétique, récemment préconisé par M. Ammon pour les maladies des yeux, n'avait jamais été essayé pour accélérer la cicatrisation des plaies et des ulcères jusqu'aux expériences de M. Brunzlow. Il a pu constater que ce sel avait surtout des propriétés astringentes, mais très faiblement caustiques, beaucoup moins, par exemple, que le nitrate d'argent fondu. C'est ce qui l'a déterminé, il y a déjà plusieurs années, à l'employer comme stimulant et astringent dans les plaies et les ulcères, qui, bien qu'en voie de guérison, manquent de l'excitation, de la vitalité nécessaires pour se cicatriser complétement; et le succès a couronné ses tentatives. Il a utilisé également avec avantage les propriétés astringentes et siccatives de ce médicament dans les végétations et les granulations molles et flasques qui naissent souvent de la surface des plaies, sans avoir jamais déterminé d'irritation trop intense. Cet inconvénient existe surtout par l'emploi du nitrate d'argent fondu, dont l'action est quelquefois trop vive sur des surfaces qui ne demandent qu'une légère excitation, ou bien sur les surfaces avoisinantes qui n'ont nullement besoin d'être excitées; il convient donc, dans ces cas, de préférer le sulfate de cuivre, qui ne produit aucun de ces résultats, toujours fâcheux en ce qu'ils retardent la guérison.

Quant à l'application du médicament, M. Brunzlow l'emploie à l'état sec, quand les surfaces le comportent. Il touche tous les jours, et légèrement, la plaie ou l'ulcère, surtout sur les bords, avec le sulfate de cuivre, et recouvre les parties touchées d'un plumasseau de charpie; mais comme il y aurait quelque inconvénient à ce que la charpie vînt à adhérer à la surface ulcérée, il faut l'enduire d'une très légère couche de cérat de Saturne. Si le sulfate de cuivre doit agir avec une certaine force, comme pour des végétations pâles et fongueuses, il faut recouvrir les parties touchées avec de la charpie sèche, qui laisse au médicament toute son action. On l'applique aussi en solution, à la dose de 25 à 30 centigrammes pour 30 grammes d'eau. M. Brunzlow a souvent employé cette solution avec succès en fomentations, en injections dans des ulcérations fistuleuses et sinueuses, dont la cicatrisation était ainsi rapidement obtenue. Si l'action astringente du sulfate de cuivre est insuffisante pour détruire certaines végétations ou fongosités, etc., elle n'en est pas moins quelquefois utile, lorsque ces productions ne font que de naître, ou bien lorsqu'elles siégent en certains points comme sur l'œil, où un léger attouchement répété tous les jours une à deux fois a réussi souvent à faire disparaître des papules, un pannus ou un ptérygion au début, même quand ces maladies étaient compliquées de dilatation des vaisseaux de la conjonctive.

(*Medizinische Zeitung von Berlin*, 1842, nº 19.)

De la nécrose du calcanéum *chez les enfants scrophuleux*, par M. Malespine.

La nécrose du calcanéum n'avait été jusqu'à présent l'objet d'aucun travail spécial, et cette lacune n'était sans gravité ni pour le diagnostic ni pour le traitement, ainsi qu'on en pourra juger par l'analyse du remarquable mémoire de M. Malespine. Avant d'exposer la marche des symptômes, disons d'abord qu'on peut les partager en trois périodes correspondant à trois périodes de la lésion organique, savoir:

1º Une ostéite, de sa nature lente et chronique, déterminant à peine quelque engorgement dans le tissu cellulaire et les ligaments voisins;

2º L'ostéite arrive à suppuration et détermine une nécrose ou partielle ou totale; le pus accumulé entre l'os et le périoste, finit par franchir cette barrière et se faire jour au dehors; mais la formation de ces abcès entraîne toujours une irritation et des douleurs plus ou moins violentes;

3º Enfin, quand l'os est tout à fait isolé de son périoste, commence un double travail d'élimination et d'ossification, tendant à la fois à faire disparaître le séquestre et à réparer la perte de substance. Ces premières données suffiront pour comprendre la succession des symptômes; voici donc comment ceux-ci se manifestent.

1re *période*. L'ostéite qui précède la nécrose étant essentiellement lente et chronique, il est rare qu'elle donne, dès le début, des signes de son existence. Les douleurs sont nulles ou à peu près; la progression s'accomplit sans aucune gêne; en un mot, le malade ne se plaint que quand la pression du pied contre le sol devient douloureuse, ou bien lorsque le gonflement du talon est assez considérable pour l'empêcher de mettre son soulier. C'est ce gonflement qui met le plus souvent le praticien en éveil, et qui, dans cette période, permet de fixer le diagnostic encore incertain; il est donc important d'en faire une étude toute particulière.

Disons par avance que ce gonflement ne manque jamais, qu'il se développe graduellement, et se fait remarquer par son indolence, son

siége, et la forme caractéristique qu'il donne au membre.

Donc, on aperçoit d'abord un empâtement léger, très circonscrit, occupant le tissu cellulaire en rapport avec l'une et l'autre face du calcanéum. Cet empâtement persiste plusieurs mois, augmente ensuite insensiblement; efface peu à peu les dépressions qui existent à l'état normal au-dessous des malléoles, et finit par déborder dans tous les sens les saillies malléolaires. Arrivé à ce point, l'engorgement donne au pied un aspect singulier; le talon est volumineux, saillant en arrière; son diamètre transversal est beaucoup plus étendu que l'espace compris entre les deux malléoles; cette difformité s'arrête latéralement, en dedans, au niveau du scaphoïde; en dehors, au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne; pendant cette période, le coude-pied n'est pas envahi et ne présente rien d'insolite. Solidement fixée aux parties sous-jacentes par des trousseaux fibreux très résistans, la portion des téguments qui sert de limite aux régions plantaires et latérales conserve sa forme normale, et se trouve séparée de l'engorgement par une dépression très remarquable, qui règne en dedans et en dehors sur toute la largeur du talon. En même temps, la peau distendue s'amincit, prend une teinte rosée, devient luisante; et, à travers sa transparence, on voit de nombreuses veines légèrement saillantes, que la compression excentrique finira par rendre tout à fait variqueuses.

Un autre phénomène important, qui tient à l'engorgement des ligaments calcanéo-astragaliens, est un mouvement de latéralité assez prononcé, mais douloureux quand on cherche à l'exagérer, et qui peut donner lieu à une grave erreur de diagnostic. Plus d'une fois, en cherchant à le produire, des observateurs peu attentifs lui ont assigné pour siége l'articulation tibio-tarsienne, qui au contraire est parfaitement intacte. On se garantira d'une pareille méprise en remarquant: 1° que le gonflement ne monte pas jusqu'au niveau de cette articulation, et que le bas de la jambe en est tout à fait exempt; 2° que les mouvements de flexion et d'extension du pied qui sont propres à cette jointure s'exécutent sans gêne et sans douleur; 3° en étudiant le siége précis de l'engorgement et son mode de développement; 4° et enfin en fixant l'astragale avec les doigts d'une main, la jambe avec l'autre main, et s'assurant qu'il n'y a pas de mobilité dans l'articulation tibio-tarsienne.

2e *période*. Elle est caractérisée par des phénomènes d'acuité dont la marche est fort variable. L'affection existe déjà depuis plusieurs mois, un an ou davantage, lorsque le membre devient douloureux, sensible au toucher; le gonflement augmente, envahit les faces dorsale et plantaire du pied; il gagne la partie inférieure de la jambe qui offre alors un volume très notable; la peau devient rouge, tendue, luisante; tantôt le moindre mouvement est extrêmement douloureux, et le malade est condamné à garder le repos absolu; tantôt, au contraire, les symptômes inflammatoires sont moins marqués, marchent plus lentement, sans réaction générale, et se bornent à une tuméfaction œdémateuse des parties, avec tension, chaleur et douleur peu intenses. Dans tous les cas, il survient bientôt une fluctuation obscure sur les parties latérales du talon; fluctuation trompeuse, car si l'on incise sur les points où l'on soupçonne une collection purulente, on ne donne pas issue à une seule goutte de pus; et la pression exercée autour de la plaie ne fait sortir que du tissu cellulaire ramolli, sous forme d'une bouillie d'un rouge brun.

Il faut toutefois se tenir pour averti d'une chose; c'est qu'il y a vraiment une collection purulente, dont ces douleurs, ce gonflement sont les indices; mais plus profonde, et siégeant, comme il a été dit, entre le calcanéum même et son périoste épaissi; et l'exacerbation ne s'apaise que quand le périoste ulcéré livre passage au pus, qui se fait jour ensuite à travers les téguments par une ou plusieurs ouvertures qui demeurent fistuleuses: alors les signes d'acuité diminuent notablement, et la maladie reprend sa marche chronique. Rarement toutefois le malade en est quitte pour un seul abcès; presque toujours il en revient un ou deux autres avec le même cortége de symptômes, jusqu'à ce qu'enfin toutes les parties nécrosées soient entièrement séparées du périoste.

3e *période*. Ce sont donc l'établissement des fistules et le retour de l'état chronique qui caractérisent le passage à la troisième période; mais l'aspect des parties a aussi notablement changé. Toutes les barrières fibreuses qui limitaient le gonflement dans la première période ont cédé à l'inflammation; le talon est énorme, globuleux, saillant en arrière; il n'y a plus de bords latéraux séparant la plante et les côtés du tarse; les dépressions qui séparent les malléoles du tendon d'Achille sont comblées; l'engorgement envahit la face dorsale du pied, et s'étend latéralement jusqu'à l'extrémité postérieure des premier et cinquième métatarsiens, qu'il atteint presque toujours, mais qu'il dépasse très rarement; toutefois, la portion de la face dorsale qui répond à la deuxième rangée des os du tarse conserve sa forme normale, et contraste d'une manière fort remarquable avec l'ampleur et la forme globuleuse du talon. Le développement qu'acquiert celui-ci est très variable; quelquefois il atteint des dimensions véritablement monstrueuses; mais, dans tous les cas, il affecte une forme caractéristique qui attire l'attention tout d'abord; et les infirmières de l'hôpital des Enfants-ma-

lades, habituées à cet aspect étrange, lui ont donné un nom particulier, et désignent la nécrose du calcanéum sous le nom de *pied d'éléphant*.

Voilà pour l'engorgement. L'étude des trajets fistuleux n'est pas moins curieuse; ils ne se font pas en effet indifféremment sur tous les points; le pus ne se porte ni du côté de l'astragale ni du côté du cuboïde; mais, dirigé presque inévitablement vers les régions latérales du talon, il perfore les téguments dans des lieux d'élection qui peuvent être ainsi précisés: 1° dans l'espace compris entre le bord postérieur de l'une ou de l'autre malléole, et le côté correspondant du tendon d'Achille; 2° au niveau de la grande apophyse du calcanéum, où les fistules occupent à la fois la partie latérale externe et la face dorsale du pied; 3° plus rarement vers la région plantaire du talon, et immédiatement au-dessous des malléoles.

Enfin, à mesure qu'on s'éloigne de la période inflammatoire, le tissu cellulaire acquiert une plus grande consistance, et arrive dans quelques points au degré le plus avancé de l'induration. Seulement, vers les limites de l'engorgement, il est simplement empâté; et au pourtour des trajets fistuleux il reste ramolli et donne la sensation d'une fluctuation obscure. La peau qui recouvre les endroits ramollis est d'un brun foncé; partout ailleurs elle est mince, rosée, et parsemée de quelques plaques brunâtres en forme de marbrures.

Il s'agit maintenant de suivre la marche de l'élimination; et M. Malespine rappelle d'abord ici quelques idées qui lui sont propres, et qui ont rencontré quelque contradiction. La discussion s'étant renouvelée il y a quelque temps, nous aurons sans doute occasion d'y revenir; pour le présent, nous nous bornerons à rappeler la théorie de l'auteur :

« Lorsqu'un séquestre séjourne au milieu des tissus vivants, non seulement la cohésion de ses parties constituantes est détruite par l'action du pus, de la température, etc.; mais encore l'organisation tend à s'en débarrasser par la voie de l'absorption; sous l'influence de ces différentes causes, il diminue de volume, et insensiblement il est réduit en fragments osseux assez ténus pour que la matière purulente puisse facilement les entraîner au dehors. Pendant l'accomplissement de ce travail éliminateur, le périoste tuméfié s'incruste de phosphate calcaire, et donne naissance à un os nouveau, revêtu des cartilages d'encroûtement de l'os primitif; ces cartilages ayant conservé leurs rapports naturels avec les os contigus, il en résulte que l'ossification secondaire est pourvue de surfaces articulaires à l'aide desquelles s'exécutent divers mouvements. »

L'application de ces données générales au cas particulier d'une nécrose calcanéenne est facile; mais elle a ici une importance toute spéciale, en ce qu'elle nous rend compte de deux phénomènes nouveaux et essentiels, *la direction vicieuse du pied, et une sensation de crépitation qui accompagne quelquefois sa mobilité latérale.*

A mesure, en effet, que le séquestre s'amoindrit et tend à s'éliminer, on voit le talon et par suite le pied affecter une déviation étrange. Le talon s'affaisse et s'incline en dedans; le bord interne du pied et sa face inférieure se relèvent; et la chose peut aller au point que le pied n'appuie plus sur le sol que par son bord externe, et présente conséquemment la forme du *varus* le plus prononcé. M. Malespine explique ainsi cette déformation. Le calcanéum une fois nécrosé s'éliminant de jour en jour, le périoste prend peu à peu plus de consistance et se sature de sels calcaires pour reproduire un nouvel os; mais il y a cependant une période où le talon n'est plus constitué que par des parties molles au milieu desquelles se trouve emprisonné un corps étranger; et ces parties molles cèdent à l'action des muscles qui les pressent ou les attirent en sens divers. Les muscles de la moitié interne de la jambe, jambiers antérieur et postérieur, extenseur et fléchisseur communs, l'emportant de beaucoup sur les muscles externes, entraînent le pied en dedans en même temps que les tendons qui glissent sous la voûte calcanéenne affaissent le talon; et sans doute c'est par oubli que M. Malespine a omis dans son énumération les muscles du tendon d'Achille, qui secondent puissamment tous les autres.

Nous avons déjà parlé de la mobilité latérale à propos de la première période; dans la troisième, la manœuvre nécessaire pour mouvoir le pied donne quelquefois lieu à une sensation de crépitation, comme si l'on frottait l'une contre l'autre deux surfaces dures et rugueuses; et M. Malespine a vu un chirurgien, trompé par cet indice alarmant, croire à une carie de l'articulation, et pratiquer l'amputation de la jambe. La dissection fit voir que l'unique cause de ce bruit était le frottement de trois gros fragments osseux, débris du calcanéum ancien, et enfermés dans le calcanéum de formation nouvelle, pour lequel le travail de réparation était déjà assez avancé.

Le moyen d'éviter toute erreur de ce genre consiste surtout dans le cathétérisme des trajets fistuleux, qui permet de reconnaître les conditions que présente le séquestre, les dimensions du foyer, les rapports qui existent entre ce foyer et la nécrose, et enfin, jusqu'à un certain point, l'état de l'ossification secondaire. Il est prudent, toutefois, pour ne pas amener une recrudescence, de différer cette

exploration jusqu'à ce que la douleur et l'inflammation soient entièrement dissipées.

C'est en général au bout de deux, trois ou quatre mois après l'apparition des trajets fistuleux, que cette exploration peut se faire sans crainte; alors, pour en tirer tout le parti désirable, on dilate un ou deux de ces trajets avec de la racine de gentiane, puis avec de l'éponge préparée, jusqu'à ce que l'ouverture admette le bout du petit doigt. Cette dilatation a encore cet avantage qu'elle permet de voir l'os nécrosé, et d'implanter dans son épaisseur un tirefond qui sert à l'ébranler et quelquefois même à l'extraire. Quand on a ainsi le bonheur d'enlever tout ce qui est nécrosé, le travail réparateur s'établit sans obstacle; la cavité se ferme, et enfin les fistules arrivent à cicatrisation.

Il y a ici une question intéressante; le plus ordinairement on trouve le séquestre ou les fragments du séquestre renfermés dans une cavité centrale; et on en a conclu que chez les enfants la nécrose occupait le centre de l'os. M. Malespine professe au contraire que la nécrose affecte *presque toujours* l'os en totalité, et que les parois de la prétendue cavité centrale sont formées par l'os nouveau, développé tout autour du séquestre. Chez l'adulte, il n'en est pas de même; et pour l'ordinaire, la nécrose du calcanéum est primitivement partielle.

Après avoir ainsi étudié la marche et l'aspect de l'affection à ses diverses périodes, il reste à savoir quelles indications le praticien doit suivre de préférence.

Dans la première période, dit M. Malespine, il faut principalement insister sur le repos et les émollients, et n'employer les émissions sanguines locales qu'avec une extrême réserve. C'est là la manière d'agir de M. Baudelocque; et nous nous félicitons de voir un praticien aussi consommé préconiser le repos même dans les affections scrophuleuses des os, que d'autres espèrent mener à bien par l'exercice. On peut sans doute user avec avantage de l'exercice en général, mais à condition de n'y faire aucunement participer la partie malade. Nous dirons pour notre propre compte que le repos, mais le repos bien assuré, le repos absolu, est un moyen si héroïque qu'il peut dispenser de tous les topiques.

Dans la deuxième période, lors de la formation de l'abcès sous-périostique, la première idée qui vient à l'esprit serait de donner issue au pus par une large incision; et chez un individu bien constitué, pour un abcès survenu à l'occasion d'une violence extérieure, une incision prompte, en empêchant un trop grand décollement du périoste, abrégerait sans aucun doute la durée de la maladie. Mais, pour la nécrose scrophuleuse, l'observation démontre que la temporisation est un des meilleurs moyens de traitement; prescrire un régime convenable, mettre en usage les agents thérapeutiques dont l'action sur l'économie est bien connue, et différer autant que possible l'ouverture des abcès; telle est en général la pratique la mieux sanctionnée par l'expérience. M. Malespine a suivi quelques sujets scrophuleux, chez lesquels on avait ouvert ces abcès dès le début; le stylet boutonné démontrait que la dénudation était peu étendue; mais au lieu de se borner, elle gagnait de proche en proche jusqu'à envahir enfin la totalité de l'os. Et il ajoute qu'il en est souvent de même pour l'ostéïte scrophuleuse des phalanges, des métatarsiens et des métacarpiens.

Dans la troisième période, on comprend qu'il faut de bonne heure maintenir le pied dans sa rectitude normale, afin que l'ossification du nouvel os ne s'accomplisse point dans une direction vicieuse. Un appareil inamovible fenêtré et convenablement appliqué remplira ce but, et aura en outre ce double effet de laisser au pus un libre écoulement, et de permettre au malade de se livrer à la marche sans danger. M. Malespine estime que la déambulation est d'une utilité incontestable. Nous remarquerons seulement qu'elle le serait bien davantage, si l'on faisait marcher l'enfant sans appuyer ni même laisser pendre le pied; et par exemple, à l'aide d'une jambe de bois, ou en suspendant la jambe dans une écharpe.

On attend ainsi l'époque à laquelle on pourra sans danger dilater les conduits fistuleux, et tenter l'extraction du séquestre. Nous avons déjà dit comment il fallait se conduire; quelques mots de plus sont encore nécessaires. Quand le travail réparateur est avancé, l'orifice interne des trajets fistuleux, cerné par la matière osseuse, résiste à la dilatation; on ne peut alors se servir, pour l'exploration, que du stylet boutonné. Mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par une sensation équivoque; ainsi une nécrose est ancienne; le séquestre, détruit en partie, est réduit à un, deux ou trois fragments mobiles, peu volumineux, eu égard à la cavité qui les renferme; en poussant le stylet un peu plus loin pour explorer les parties ambiantes, on traverse d'abord des tissus mous et friables, comme des chairs fongueuses; et au delà, on sent une surface impénétrable, dure, rugueuse, que l'on serait tenté de prendre pour une autre portion de séquestre non encore détachée; or, cette surface dure appartient à l'os nouveau sur lequel on arrive en traversant les végétations qui naissent de sa face interne. Des notions précises sur la date et les progrès de l'affection, mettront sur la voie d'un plus sûr diagnostic.

Mais une question grave se présente; lorsqu'enfin le séquestre est mobile, faut-il s'at-

tacher à l'extraire, ou ne suffirait-il pas de s'en remettre à la nature du soin de la guérison? On a vu en effet des guérisons obtenues par le seul bienfait du temps; le séquestre étant en partie résorbé, en partie entraîné par le pus. Mais ces cas sont rares; d'ailleurs l'élimination d'un séquestre exige un temps fort long, et même des années; et trop souvent on voit la présence du séquestre entraver le travail réparateur, et provoquer des désordres qui se propagent vers l'articulation et rendent l'amputation inévitable. M. Malespine se prononce formellement alors contre la temporisation ; il veut qu'on tente l'extraction, soit à travers les fistules dilatées, soit par une incision en T pratiquée sur la face externe du calcanéum. Il y a même une circonstance où il veut qu'on procède à la séparation du séquestre non isolé, avec le fer, le feu ou les caustiques; c'est quand l'affection, existant depuis plusieurs années, semble arrêtée dans ses progrès, et quand le séquestre ne paraît pas tendre de lui-même à s'isoler. C'est là cependant, il ne faut pas se le dissimuler, une question d'une haute gravité: sur cinq enfants chez qui l'on pratiqua l'extraction du séquestre, deux succombèrent, à la vérité, l'un quatre mois, l'autre six mois après l'opération. Ajoutez que les plaies s'étaient compliquées de pourriture d'hôpital, et que cette fatale complication a sévi uniquement chez les opérés du sexe masculin qui sont placés à l'hôpital des Enfants (nous ne parlons que des salles de scrophuleux), dans les conditions hygiéniques les plus détestables. Les filles sont beaucoup mieux partagées à cet égard; aussi deux petites filles opérées ont parfaitement guéri; et la même différence dans les résultats se montre aussi bien pour les autres affections scrophuleuses, même non soumises à des opérations.

(*Revue médicale.*)

Obstétrique.

EXSUDATION PSEUDO-MEMBRANEUSE *dans les voies aériennes d'un fœtus, par le professeur* HAYN.

Il y aurait un long traité à faire des maladies qui peuvent se développer chez le fœtus dans le sein de sa mère; maladies éruptives, phlegmasies, hémorragies, hydropisies, affections chroniques, dégénérescences diverses, corps étrangers, etc. Il n'est presque pas d'état pathologique dont l'enfant, à sa naissance, n'ait offert l'exemple. Mais parmi ces affections si variées, les unes sont assez communes, la péritonite par exemple (voyez le mémoire du prof. Simpson d'Edimbourg sur ce sujet); d'autres au contraire sont fort rares, et de ce nombre est le cas que nous allons rapporter.

Un enfant qui venait de naître après un travail naturel et facile, paraissait en bon état. Mais, au bout de quelques minutes, sa respiration devint gênée et de plus en plus faible, et bientôt il succomba. L'autopsie montra que non-seulement les gros tuyaux, mais encore les plus petites divisions bronchiques étaient, tant à droite qu'à gauche, tapissées de pseudo-membranes. Ces fausses membranes étaient canaliculées dans les grosses bronches, tout à fait pleines dans les petites. Il n'y avait qu'un petit nombre de canaux qui n'en contînssent pas. Au microscope, elles avaient toutes les apparences de l'exsudation croupale.

Il est à regretter que l'auteur n'ait fait connaître aucune des circonstances particulières dans lesquelles la mère de cet enfant a pu se trouver. Le croup a-t-il sévi autour d'elle? En a-t-elle éprouvé ellemême quelque symptôme? etc. La pathologie du fœtus présente une foule de points obscurs. L'étiologie des maladies qui peuvent se développer pendant la vie intra-utérine est un des points les plus importants de leur histoire, et nul n'appelle à un plus haut degré les investigations patientes et consciencieuses des observateurs.

(*Caspar's Wochenschrift*, nº 51, 1842.)

Pharmacologie chirurgicale.

NOTE SUR LA COMPOSITION, *la préparation et le mode d'administration de l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium.*

Ainsi que l'indique sa dénomination, ce composé résulte de la combinaison du biiodure de mercure avec l'iodure de potassium; le premier joue le rôle d'acide, le second joue le rôle de base. La composition chimique de ce sel varie selon les proportions d'iodure de mercure et d'iodure de potassium mis en présence, et selon la température à laquelle la dissolution du mélange a été soumise pour en opérer l'évaporation. On l'obtient, soit en petits cristaux prismatiques, d'une couleur jaune, soit sous la forme d'une masse jaune incristallisable et déliquescente. Le premier serait, selon P. Boulay, un deuto-iodhydrargyrate d'iodure de potassium, se décomposant, sous l'influence de l'eau, en deuto-iodure de mercure qui se précipite, et en un composé restant en dissolution qui, selon le chimiste cité, serait le proto-iodhydrargyrate. Quoi qu'il en soit du nombre de combinaisons qui peuvent résulter de l'iodure rouge de mercure

et de l'iodure de potassium combinés ensemble, ainsi que de la composition chimique de chacune d'elles, voici comment on peut le préparer pour l'usage médical :

On fait un mélange à parties égales de bi-iodure de mercure et d'iodure de potassium, et on ajoute une quantité suffisante d'eau distillée pour en opérer la dissolution. Evaporée avec ménagement, cette dissolution donne des cristaux aiguillés de couleur jaune (ce sont ceux dont j'ai déjà parlé) ; si on l'évapore à siccité, on obtient un résidu sous forme d'une poudre jaune-verdâtre, attirant l'humidité de l'air. Cette dernière préparation est ordinairement administrée sous forme liquide ; on l'emploie aussi en pilules ou en pommade. Voici quelques formules applicables dans la pratique :

Solution.

Iodhydrargyrate d'iodure de potassium........................ 8 déc.
Eau distillée.................. 150 gr.

La dose de cette dissolution est de 8 à 60 grammes, prise graduellement dans les vingt-quatre heures.

Pilules.

Iodhydrargyrate d'iodure de potassium........................ 8 déc.
Lactine (sucre de lait)..... 1 gr. 5 déc.

Pour 32 pilules.—Doses de 1 à 8 par jour, prises graduellement.

Pommade.

Iodhydrargyrate d'iodure de potassium........................ 20 gr.
Axonge........................ 500 gr.

Nota. Il est des circonstances où l'on augmente la proportion de l'iodhydrargyrate.

Cette pommade, qui d'abord est parfaitement blanche, au moins dans le cas où l'on emploie le sel en dissolution, acquiert toujours, au bout de quelque temps, une couleur jaune-brunâtre.

Gargarisme.

Iodhydrargyrate d'iodure de potassium........................ 1 gr.
Eau distillée.................. 1000 gr.

Nota. Cette dissolution sert aussi quelquefois pour injections dans les fosses nasales.

A tout ce qui précède, j'ajouterai que, dans le cas où l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium peut être administré sous forme liquide, ce composé peut être remplacé par un mélange à parties égales de bi-iodure de mercure et d'iodure de potassium. Dans ce dernier cas, sa composition peut bien ne pas être la même, chimiquement parlant ; mais elle paraît indifférente pour la pratique médicale.

C'est dans les accidents tertiaires de la syphilis que l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium trouve ses plus importantes applications. M. Limousin-Lamothe, qui en a observé les effets dans le service même de M. Puche, à l'hôpital des Vénériens de Paris, nous a assuré avoir été maintes fois témoin de la rapide efficacité de ce médicament dans les ulcérations de l'arrière-bouche et des fosses nasales.

(*Journal de méd. et de chir. de Toulouse.*)

BULLETIN CLINIQUE.

NOUVEL EXEMPLE DE LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE EN BAS; *par* M. BOURGUET, chirurgien chef-interne de l'hôpital d'Aix.

A monsieur le Rédacteur du journal de chirurgie.

MONSIEUR,

Ainsi que vous l'avez fait observer vous-même dans l'excellent journal à la tête duquel vous vous trouvez, p. 83 et suiv., les exemples de luxations scapulo-humérales directement en bas ou dans le creux de l'aisselle sont encore si peu nombreux, que tous, si ce n'est le dernier en date, celui de M. Robert, laissent du doute dans un esprit qui, avant d'admettre un fait dans la science, exige qu'il soit entouré de preuves incontestables. A ce titre l'observation suivante me paraît mériter quelque intérêt, ce qui m'engage à la porter à votre connaissance.

La nommée Tramier, Victoire, âgée de 69 à 70 ans, offrant les restes d'une assez forte constitution, ramassait du fourrage sur les bords d'un ravin assez profond, le 3 juin dernier, lorsqu'elle fit un faux pas et tomba dans le ravin, la tête la première, le bras gauche écarté du tronc. Immédiatement après, douleur considérable, et impossibilité de se servir et même de mouvoir le membre. L'heure étant déjà avancée, et se trouvant d'ailleurs à une assez grande distance de la ville, elle passa la nuit sans recevoir aucun secours. Le lendemain d'assez bonne heure elle se rendit à l'hôpital d'Aix, où nous observâmes les symptômes suivants :

Le talon de la paume de la main est sali par la terre et présente une écorchure superficielle.

Le coude est éloigné de 22 à 23 centimètres des parois de la poitrine, et ne peut en être rapproché sans douleur, et, dans ce cas même, ne peut pas l'être complétement.

L'acromion est très saillant; le muscle deltoïde est tendu et forme sous la peau un relief considérable dont la partie inférieure se termine très obliquement sur l'empreinte deltoïdienne, tandis que la supérieure, au lieu de coiffer le reste de l'humérus comme à l'ordinaire, laisse entre sa face inférieure et l'os un intervalle d'au moins trois centimètres, dans lequel le doigt peut s'engager en refoulant la peau.

En dessous de l'acromion, vide très marqué correspondant à la cavité glénoïde.

L'humérus ne présente aucune torsion sur son axe; mais il est tellement dévié de sa direction naturelle, qu'il semble comme brisé à la partie supérieure au point où se termine la corde tendue que présente le deltoïde, et qu'à partir de ce point l'axe qu'on peut supposer passer par le centre de l'os, au lieu d'aller aboutir à la cavité glénoïde, se rend à la partie inférieure du creux de l'aisselle.

La tête humérale ne se sent ni en avant sous l'apophyse coracoïde ou le grand pectoral, ni en arrière dans la fosse sous-épineuse, et tous les rapports s'y trouvent à l'état normal.

Dans le creux de l'aisselle, entre le bord inférieur du grand pectoral et du grand dorsal, mais un peu plus près du premier et au niveau de son bord inférieur, *on sent, on touche et on peut circonscrire* de la manière la plus facile et la plus distincte la tête de l'humérus. Elle paraît reposer entre la partie supérieure du bord axillaire de l'omoplate en arrière, le bord inférieur du grand pectoral en avant, et le troisième espace intercostal en dedans. Je l'examine avec soin et à plusieurs reprises, et le fais constater par plusieurs élèves qui m'entourent. La tête est évidemment *sous la peau dans le creux de l'aisselle.*

Je mesure le membre, et à ma grande surprise, il est de deux centimètres au moins plus court que l'autre. Mes mesures sont prises alternativement de l'extrémité des doigts, de l'épicondyle, de l'olécrâne et de l'épitrochlée jusqu'au sommet de l'acromion, et je trouve toujours un raccourcissement de 2, et dans quelques positions même de 3 centimètres.

Tout cela ayant été reconnu, je procède à la réduction; on commence d'abord par faire des tractions verticales, selon le procédé que vous avez tant contribué, monsieur, à faire connaître, et j'ajouterai aussi, à faire accepter. Mais au bout de quelque temps je me vois obligé d'y renoncer, la tête restant toujours à la même place. J'essaie de l'extension horizontale en la rendant plus énergique que la verticale; même insuccès. Alors, mon pied gauche placé sur les bords d'une chaise basse sur laquelle la malade est assise, mon genou répondant au creux de l'aisselle, je fais renouveler l'extension verticale.—Lorsque la tête me paraît remontée, j'applique le genou de manière à lui faire remplir l'office du point d'appui dans le levier du premier genre; et ma main droite appliquée sur la partie inférieure du bras, la gauche en dessus du genou, je fais décrire au membre un arc de cercle dont le centre se trouve à l'épaule et dont le bras mesure le rayon. Alors, et pendant que l'extension continue toujours, ma main droite presse sur le bras et l'abaisse avec force, tandis que la gauche en élève en haut la partie supérieure. Au même instant la tête rentre sans bruit et presque sans douleur.

La malade désirant retourner chez elle, je rapproche le bras de la poitrine, et lui recommande de faire des fomentations résolutives.

Elle revient me voir au bout de quelques jours. Tout s'est bien passé; il n'est presque pas survenu de gonflement. Je l'engage à commencer à faire de légers mouvements afin d'éviter une roideur consécutive, à craindre surtout à cause de l'âge avancé du sujet. Le membre, mesuré de nouveau, présente une égale longueur des deux côtés.

Parmi les réflexions que ce fait m'a inspirées, je prendrai la liberté de vous soumettre les suivantes :

1° C'était bien une luxation en bas que présentait notre malade. En effet, la position de la tête humérale *au bas du creux de l'aisselle, isolée des muscles et presque immédiatement sous la peau*, ainsi que dans l'observation de M. Robert, ne permet pas d'en douter. J'étais d'autant moins prévenu en faveur de cette dernière espèce de luxation que je doutais de sa possibilité, ayant été, comme tant d'autres, ébranlé par les raisonnements accumulés par certains chirurgiens pour la faire considérer comme impossible, et, d'un autre côté, ne l'ayant jamais rencontrée dans une douzaine de cas de luxation de l'épaule que j'ai pu observer par moi-même, les trois derniers depuis la publication de M. Robert, et un l'avant-veille seulement (1).

Voilà donc deux faits que la science possède; si peu qu'il s'en reproduise de nouveaux, on se trouvera forcé de revenir aux idées de J.-L. Petit, qui, comme on sait, *admettait* la luxation en bas, mais la considérait seulement comme *très rare.*

2° La circonstance sur laquelle j'appellerai l'attention, c'est le raccourcissement du membre. Pour cela j'ajouterai encore qu'il ne peut exister aucun doute, les mesures ayant

(1) Ces trois cas m'ont paru appartenir à cette variété que vous avez nommée *sous-coracoïdienne complète*, et M. Velpeau *sous-scapulaire.*

été prises avec le plus grand soin et à plusieurs reprises différentes.

Ce fait, qu'on ne croyait pas possible il y a à peine quelques années, est généralement reconnu aujourd'hui comme se présentant quelquefois. Mais on est assez embarrassé pour en donner une explication satisfaisante. Pour mon compte, je l'ai été considérablement sur le moment même. Pourtant, après y avoir réfléchi, en considérant, surtout, ce que je voyais sous mes yeux et de mes propres yeux, j'ai cherché à m'en rendre compte, et voici de quelle manière : le coude, comme nous l'avons dit, était très écarté du tronc. Dans cette position, la direction du membre présente une ligne brisée qu'on peut diviser en deux parties; la première représentée par l'axe de l'humérus et s'étendant jusqu'au creux de l'aisselle ; la seconde depuis le creux de l'aisselle jusqu'au sommet de l'acromion. Or, cette ligne brisée qui représente, à peu de chose près, la longueur du membre, doit être nécessairement beaucoup plus longue qu'une ligne droite qui mesure comme elle l'intervalle compris entre le sommet de l'acromion et l'épicondyle ou l'extrémité des doigts. Une expérience sur le cadavre est encore venue à mon aide. Ainsi, placez sur un cadavre ou même sur le squelette la tête de l'humérus en dessous de la cavité glénoïde, et rapprochez le bras du tronc : vous aurez un allongement de toute l'étendue du diamètre de la cavité glénoïde; écartez-le, au contraire, des parois de la poitrine, et vous aurez un raccourcissement d'autant plus considérable que l'écartement le sera davantage, et beaucoup plus marqué que si vous *laissiez la tête de l'humérus en place.*

Enfin, dans ce cas-ci, l'extrémité supérieure de l'humérus, se trouvant en dessous de la cavité glénoïde, est plus rapprochée de l'axe général du corps que quand elle occupe cette cavité, ce qui doit diminuer la longueur du membre d'autant, lorsqu'on le compare avec celui du côté opposé.

La réunion de ces deux circonstances chez le même sujet, c'est-à-dire l'écartement du coude d'un côté, et, de l'autre, cette espèce de bascule de l'humérus en vertu de laquelle son extrémité supérieure est plus rapprochée de l'axe du corps, et l'inférieure, au contraire, de l'acromion, nous paraissent donner une explication assez plausible du raccourcissement dans le cas actuel. Et, en la rapportant à la question du raccourcissement ou de l'allongement dans les luxations scapulo-humérales en général, elle nous semble susceptible de jeter du jour sur cette partie, encore obscure, de la symptomatologie de ces affections, et pouvoir faire cesser la divergence qui existe actuellement entre des chirurgiens également recommandables.

Quant au mode de réduction que nous avons mis en usage, nous dirons que nous l'avons employé un assez grand nombre de fois dans des cas où, comme dans celui qui a fait le sujet de cette observation, nous n'avions pas pu réussir par les moyens ordinaires, et qu'il nous a rendu dans ces circonstances le service que nous avions inutilement demandé aux autres.

BOURGUET.

Aix, le 8 juin 1843.

Note du Rédacteur. — Nous aurons peu de remarques à faire sur l'observation de notre honorable correspondant. Les signes qu'il a énumérés avec tant de soin ne laissent guère de doute sur la justesse de son diagnostic; toutefois il est difficile de ne pas être frappé des différences qui séparent ce fait de celui de M. Robert, et par exemple de ce raccourcissement du bras tandis que dans le premier cas il y avait un allongement énorme. Cela tiendrait-il à la manière dont la mensuration a été pratiquée? La différence est trop considérable pour s'arrêter à cette objection ; nous eussions désiré pourtant que les mesures eussent été prises de l'angle postérieur de l'acromion, ce point de repère étant plus sûr que tous les autres. M. Bourguet a également omis de mesurer la paroi antérieure de l'aisselle, et l'intervalle compris entre le bec coracoïdien et la tête humérale; ce qui n'empêche pas son observation de compter parmi les mieux faites et les plus complètes que possède la science.

Ses remarques sur la cause du raccourcissement apparent sont fort justes; nous avons d'ailleurs trouvé un moyen direct de la vérifier sur le vivant; en examinant le blessé par derrière, on voit l'acromion fortement incliné en bas sur le bras luxé, et, par une conséquence inévitable, l'angle inférieur de l'omoplate rapproché du rachis. Si l'inclinaison dépasse une certaine limite, la mensuration fait voir le bras raccourci tandis qu'à l'œil il paraît alongé; c'est un effet tout pareil à celui que produit l'abaissement latéral du bassin sur la longueur apparente du membre inférieur.

Il resterait à parler du procédé mis en usage. Nous en faisons un fréquent usage dans certaines luxations récentes dans lesquelles la tête luxée a passé en dedans de l'apophyse coracoïde, et nous l'adoptons également pour presque toutes les luxations invétérées. Nous aurons occasion de revenir sur ces questions importantes de thérapeutique chirurgicale; seulement nous ne voulons pas oublier de dire que ce procédé appartient à A. Cooper.

BIBLIOGRAPHIE.

Esquisse historique du service de santé militaire en général, *et spécialement du service chirurgical depuis l'établissement des hôpitaux militaires en France;* par P. Gama, *ex-chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, etc.*—Paris, Germer Baillière, 1 vol. grand in-8°; prix, 8 francs.

Il y a dans ce livre un triple intérêt. D'abord l'intérêt historique; car nulle autre part on ne trouvera l'histoire aussi sûre, aussi large, aussi complète de la chirurgie militaire, depuis l'établissement des hôpitaux jusqu'à nos jours; puis un intérêt biographique et anecdotique: car, en retraçant l'histoire de la chirurgie militaire de France durant les guerres de l'empire, l'auteur raconte surtout ce qu'il a vu; et il a beaucoup et bien vu, grâce à sa position et à son caractère; enfin lorsqu'il arrive à tracer le tableau de l'état de la chirurgie militaire contemporaine qu'il avait tant contribué à instituer, et dont il s'est trouvé violemment séparé, contre son vœu et celui de ses nombreux élèves, il recherche quelles sont les causes secrètes qui minent sourdement cette grande et belle institution; il les traduit au grand jour, il les attaque sans ménagement, et leur livre avec sa plume un dernier combat, couronnement de tant d'autres que dans sa longue et honorable carrière il a eu presque incessamment à soutenir.

Avant Henri IV, il y avait bien eu des chirurgiens attachés aux armées; et dans les villes de guerre assiégées, le duc de Guise avait donné l'exemple de préparer des hôpitaux pour les blessés; mais rien de semblable n'avait été essayé pour les armées en campagne, et Sully organisa le premier hôpital de ce genre au siége d'Amiens en 1597. Le même Sully avait également fait ouvrir, en 1660, sous le nom de *Maison royale de la charité chrétienne,* un lieu de retraite pour les militaires blessés ou infirmes. A ces faits bien connus, M. Gama en a ajouté un autre qui l'est beaucoup moins : dès 1578, Henri III avait décidé que les militaires infirmes ou caducs seraient reçus comme religieux lais dans toutes les abbayes du royaume, et il reste une ordonnance de 1585 confirmative de la première, et déjà devenue nécessaire pour réprimer les abus, certains capitaines se faisant pourvoir de ces places dans plusieurs abbayes à la fois, et en faisant trafic et marchandise.

Du reste, la maison royale de Sully ne put se maintenir; et, dès 1611, on fut obligé de revenir aux ordonnances de Henri III. Puis les couvents se montrant probablement rebelles à recevoir ces confrères assez peu canoniques, une ordonnance de 1629 décida que lesdits couvents seraient tenus de payer auxdits estropiés et infirmes une pension de 100 livres par an, à recevoir au choix en argent ou en espèces. Enfin, en 1674, par les ordres et la munificence de Louis XIV, fut élevé l'Hôtel-des-Invalides, où les vieux soldats trouvèrent enfin une retraite digne d'eux et de leur roi.

Voilà pour ce qui regarde les maisons de retraite, ou en d'autres termes les hospices militaires; l'idée des hôpitaux, qui revient également à Sully, n'eut pas d'abord une meilleure fortune. On n'y revint qu'en 1629; en cette année une ordonnance de Louis XIII instituait un hôpital pour l'armée d'Italie, et en donnait la surintendance à l'archevêque de Bordeaux. Nous avons encore la note des appointements donnés aux officiers de santé de cet hôpital; il y avait trois médecins à 150 livres par mois; un premier chirurgien à 120 livres, et quatre autres à 100 livres; et enfin deux apothicaires à 100 livres. Un autre état nous montre des aides payés à 50 livres, et des sous-aides en chirurgie et en pharmacie à 30 livres. Voilà l'origine de ces derniers titres; quant aux grades supérieurs, il y a seulement des médecins, des chirurgiens et un premier chirurgien. Berthereau était ce premier chirurgien; et Fournier-Pescay ayant fait de Berthereau le premier *chirurgien-major des camps et armées du roi,* M. Gama, bien que n'ayant pu trouver aucune preuve de cette assertion, semble pourtant disposé à l'admettre. Fournier-Pescay a fait bien d'autres chirurgiens-majors qui ne s'en doutaient guère, et par exemple ce digne Thierry de Héry, en son vivant *lieutenant du premier barbier du roi.* Mais pour Berthereau, nous indiquerons à M. Gama la source de l'erreur; elle est dans l'*Index funereus* de Devaux, où Berthereau se trouve qualifié en latin *chirurgus major,* ce qui pour le français ne prouve pas grand'chose. Car ce même *Index,* dont l'exactitude est fort problématique, fait mourir en 1630, quarante-cinq ans avant Berthereau, un certain Étienne Binet qu'il qualifie également de *chirurgus major,* et qui aurait donc devancé Berthereau. En réalité, le titre de *chirurgien-major*, bien qu'on puisse lui supposer une origine un peu plus ancienne, ne se trouve pour la première fois que dans un règlement de 1693.

Du reste, ce n'est guère qu'à partir du 18e siècle qu'enfin on peut suivre dans un ordre régulier et sans lacunes l'histoire et la législation de la chirurgie militaire. M. Gama en a rassemblé avec une scrupuleuse exactitude tous les documents; il les publie en entier, il les

explique, il les commente, et ne laisse au lecteur rien à désirer.

Arrive la grande époque de la république; quatorze armées exigent des efforts inouïs de la part des chirurgiens; mais si grandes que soient les circonstances, elles trouveront des hommes à leur taille; et Percy et Larrey multipliant les secours à mesure que se multiplient les besoins, vont créer, si on le leur permet, cette admirable institution des ambulances volantes. Je dis, si on le leur permet; en effet, Larrey lui-même, malgré son énergie, ne put venir à bout de tous les obstacles qu'on lui suscita; et s'il en fût ainsi de Larrey, que devait-ce être des autres? Et qui donc s'opposait ainsi à ses généreux efforts?

Le service de santé militaire, comme celui des hôpitaux civils, se compose de deux ordres d'agents ayant des fonctions tout à fait différentes. Les médecins et les chirurgiens reçoivent les malades, opèrent, prescrivent, dirigent le traitement; à côté d'eux les administrateurs pourvoient aux besoins généraux, logement, couchage, vivres, transports. Ce sont, comme on voit, deux choses fort distinctes, concourant toutefois au même but; pour les blessés, par exemple, le chirurgien ne peut pas grand chose sans l'administrateur, mais l'administrateur sans le chirurgien ne peut rien. Et comme le traitement et le bien-être des blessés sont ici le but essentiel, ou plutôt le but unique, il semble que le chirurgien, seul compétent pour juger ce qui est convenable et nécessaire, devrait garder la direction du service, l'administrateur n'ayant en réalité qu'à exécuter les prescriptions et satisfaire aux demandes du chirurgien. Mais comme ce qui est le plus raisonnable n'est pas toujours ce qui se pratique, l'administration, d'abord créée sur un plan hiérarchiquement inférieur, a commencé par monter au niveau et bientôt au dessus des chirurgiens. Gens de bureau, ordonnateurs, commissaires, intendants, sous-intendants, race paperassière, d'autant plus ambitieuse qu'elle est plus incapable, et d'autant plus tracassière qu'elle est plus inoccupée, toute cette bureaucratie ignorante domine aujourd'hui la chirurgie militaire de France, fait la loi dans les hôpitaux, régente les professeurs et jusqu'aux chirurgiens en chef d'armée, dicte des règlements sur les matières qui lui sont le plus étrangères, et suscite un tel dégoût dans l'armée que, malgré des augmentations de solde fort importantes, les cadres des officiers de santé ont peine à se maintenir au complet pour le pied de paix, et qu'en cas de guerre le service serait en péril. M. Gama fait un triste et trop véridique tableau de l'insouciance des commissaires des guerres durant les campagnes de l'empire : à la bataille d'Austerlitz, où il était aide-major dans un régiment de cavalerie, il n'en aperçut pas un seul de toute la journée; et du reste il a fait la même observation dans toutes ses campagnes. Ainsi, tant que durent le feu et le danger, les chirurgiens sont parfaitement libres; mais une fois la fumée du canon dissipée, les commissaires et les intendants reviennent avec leur autorité et leur arrogance. Et malheureusement il en est encore aujourd'hui comme du temps de l'empire; il y a trois ans que M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, mis à l'ordre du jour de la manière la plus honorable par le maréchal Vallée, fut frappé de destitution sur le rapport d'un intendant qui, d'après les propres paroles du maréchal même, n'avait *jamais paru dans les rangs de nos soldats*. M. Gama, le chef habile et dévoué du Val-de-Grâce, a dû expier comme M. Guyon ce crime impardonnable d'une trop longue indépendance; et il proteste aujourd'hui, non pour lui, mais pour ses anciens compagnons qui sont en grande partie ses élèves, et sur qui pareille menace est incessamment suspendue. Ce qui manque à notre chirurgie militaire, ce que M. Gama réclame pour elle, ce que la nécessité forcera tôt ou tard de lui accorder, c'est le rang légitime qu'on lui a ravi, c'est le retour à sa hiérarchie naturelle, c'est la garantie des droits de chacun, et surtout l'affranchissement de cette nuée de petits tyrans subalternes qui tendent chaque jour à l'opprimer et à l'avilir.

Pour la première partie de cet ouvrage, nous avons loué le soin avec lequel l'auteur a compulsé tous les documents, puisé à toutes les sources; pour la dernière, nous nous bornerons à un éloge qui lui sera plus précieux sans doute; c'est l'œuvre d'un homme de cœur et d'un homme de bien.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—Dans la séance du 22 mai, M. Baudens a adressé la description d'un appareil de son invention pour les fractures des membres inférieurs. C'est une boîte, dont les parois latérales sont percées de trous destinés à fixer les chefs des cravattes qui peuvent servir à assurer la coaptation du membre; mais l'idée essentielle est de ramener vers le pied les liens de la contre-extension en même temps que ceux de l'extension. Cet appareil, à part les trous, rappelle le glossocome figuré dans les Œuvres de Galien et reproduit par la plupart des chirurgiens hippocratiques.

29 *mai*.—M. Magne écrit qu'il a observé un fait de cataracte noire dans les circonstances

suivantes: Une dame sexagénaire portait tous les signes d'une double amaurose; l'iris même était complétement immobile des deux côtés. Cependant l'examen dans un cabinet noir à l'aide d'une bougie, à la méthode de Sanson, ne faisait voir constamment qu'une image de la flamme; M. Magne diagnostiqua une cataracte noire avec adhérences à l'iris. Il tenta donc l'abaissement du côté droit, reconnut, dit-il, le cristallin de couleur noire, et détacha ensuite plusieurs lambeaux capsulaires noirâtres. Le 3e jour, la pupille était fermée par un rideau blanc, que l'on jugea être le cristallin remonté et qui avait perdu sa couleur noire dans le corps vitré. Cependant une nouvelle tentative d'abaissement sembla prouver que ce voile opaque était dû à la capsule.

M. Magne pense que ce fait conclut victorieusement en faveur de l'existence de la cataracte noire. Nous croyons qu'une autopsie dans laquelle on trouverait véritablement le cristallin noir serait infiniment plus victorieuse.

5 *juin.*—M. Négrier, d'Angers, rappelle qu'il a indiqué un moyen efficace d'arrêter les hémorragies nasales, consistant à élever un bras ou les deux bras à la fois en même temps qu'on ferme par une pression latérale la narine d'où s'écoule le sang. Ce même moyen a été appliqué avec succès à des congestions sanguines vers la tête et à des céphalalgies provenant de cette cause. M. Négrier pense que l'élévation du bras agit en ralentissant le mouvement ascensionnel du sang vers la tête.

12 *juin.*—M. A. Becquerel annonce une nouvelle méthode pour la cure du bégaiement, dont il a éprouvé les heureux effets sur lui-même, et qui aurait été imaginée par un ouvrier nommé Jourdan. Elle ne réclame ni moyen mécanique ni opération; mais seulement *volonté et persistance* de la part du malade. M. Becquerel dépose un paquet cacheté contenant la description de la méthode.

Académie de médecine.—Plusieurs questions importantes ont été soulevées à l'Académie royale de médecine pendant le mois qui vient de s'écouler; malheureusement les discussions trop tôt fermées n'ont jeté sur chaque sujet qu'une lumière douteuse. Ainsi, le 23 mai, un rapport de M. Capuron sur un nouveau pessaire a suscité un débat qui eût été plein d'intérêt, et qui n'a abouti qu'à un vote d'ajournement sur les conclusions favorables du rapport.

Le 6 juin, après un rapport de M. Blandin sur un mémoire de M. Diday ayant pour titre: *Des règles à suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique à l'origine de ses branches*, MM. Velpeau, Roux, Rochoux, Amussat, Blandin ont pris successivement la parole; mais trop brièvement pour qu'il fût permis de juger d'après le débat entre les diverses opinions émises.

Enfin, dans la séance du 13 juin, un rapport de M. Capuron sur un travail de M. Dronsart relatif à la *Phlegmasia alba dolens* a été l'origine d'une discussion assez animée dans laquelle MM. Breschet, Blandin, Velpeau, Rochoux, Deneux, J. Cloquet, Moreau, Roux, Bérard, Andral et Gérardin ont émis et soutenu sur cette affection les opinions les plus contradictoires. Il en est clairement résulté que la *Phlegmasia alba dolens*, qui cependant n'est pas une affection bien rare, est peut-être à l'heure qu'il est la moins bien connue de toute la pathologie; et si le débat eût été remis à une autre séance, nous ne doutons pas que tant de praticiens d'une si haute expérience n'eussent fini cependant par mettre certains points hors de toute contestation. Nous reviendrons du reste sur ce débat qui n'a pas manqué de gravité et d'importance.

Il y a eu quelques lectures intéressantes; par M. Raciborski, *Sur l'influence de la menstruation, sur l'état du lait chez les nourrices réglées et sur la santé des nourrissons*; de M. Hubert Valleroux, *Sur l'abus et les dangers de la perforation de la membrane du tympan comme moyen curatif de la surdité.* Nous y reviendrons lorsqu'on en fera le rapport.

M. Gimelle a présenté un malade qui a vu pousser, sur les cicatrices de plaies faites par le yatagan, des tumeurs dont la nature est fort indécise. M. Cruveilhier les croit formées de tissu fibreux, M. Velpeau de tissu squirrheux; M. Blandin nie cette parenté avec le squirrhe. Le fait est que M. Gimelle les ayant excisées, elles ont repullulé comme auparavant. Si nous ne nous trompons, c'est là ce que M. Hawkins a désigné sous le nom de *Tumeurs verruqueuses des cicatrices*, et pour lesquelles il n'a trouvé d'efficace que l'extirpation (Voyez le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, 4e édition, page 133).

—Il y a en ce moment un membre à élire à l'Académie royale de médecine en remplacement de trois membres titulaires décédés, savoir: MM. Horeau, Sanson et Larrey. Une commission a été nommée pour décider dans quelle section se ferait la nomination; mais, comme sur les trois morts il y a deux chirurgiens, il est probable que ce sera dans une section chirurgicale.

—Traité pratique sur les maladies *des organes génito-urinaires*, par le docteur Civiale. —Première partie : *Maladies de l'urètre*, 2e édition, considérablement augmentée; 1 vol. in-8o avec trois planches —Chez Fortin-Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, no 1. —Prix : 7 fr.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8o Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, no 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, no 59.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

JUILLET 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Études sur le traitement des inflammations et des abcès du sein; *par* M. de SANDOUVILLE, D.-M.-P.

On admet généralement trois grandes divisions dans les phlegmasies du sein: 1° celles qui ont leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané; 2° celles qui s'établissent dans l'épaisseur même de la glande; 3° les inflammations de la couche celluleuse sous-mammaire, inflammations sur lesquelles Hey, en Angleterre, avait déjà fait quelques recherches. Cette classification est due à M. Velpeau, qui s'est occupé laborieusement de ce sujet; mais il était réservé à M. Trousseau d'en formuler la thérapeutique d'une manière simple et nette. C'est sous les yeux de ce professeur que la plupart des observations qui font la base de ce travail ont été recueillies; et, comme nous les donnons en substance, elles serviront à rappeler l'attention sur sa manière et sur les résultats pratiques de la compression comme méthode générale de traitement.

En adoptant pour notre démonstration les divisions que nous avons indiquées, nous allons considérer successivement les inflammations superficielles, glandulaires, et sous-mammaires. Quant aux abcès, comme ils ne sont qu'un mode de terminaison de ces phlegmasies, il nous semble hors de propos de les décrire séparément.

I.—INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES OU SOUS-CUTANÉES.

Il y en a deux variétés: 1° l'inflammation du tissu cellulo-graisseux; 2° l'inflammation du tissu de l'aréole.

1° *Inflammation du tissu cellulo-graisseux.*

L'inflammation du tissu cellulo-graisseux superficiel est le plus souvent circonscrite.

Les caractères qui la distinguent sont les suivants : rougeur de la peau, qui est chaude, sèche et douloureuse au moindre contact ; bientôt suivie d'un gonflement auquel l'aréole et le mamelon semblent étrangers ; car la tuméfaction des parties voisines les fait paraître comme déprimées et notablement rentrées. Ajoutons que ce gonflement, d'ordinaire uniforme, peut se présenter sous forme de bosselures d'un rouge foncé ; il y a, en outre, fièvre, céphalalgie, inappétence, et enduit blanchâtre de la langue.

Causes.—Une irritation de la peau due aux frottements des vêtements, les excoriations, les crevasses du mamelon et de l'aréole, certaines affections croûteuses de l'aréole, et, en particulier, des eczéma chroniques, soit simples, soit syphilitiques, enfin l'érysipèle, sont les causes les plus ordinaires de cette inflammation, qui s'établit alors de dehors en dedans. Elle peut s'établir aussi de dedans en dehors, alors qu'elle se rattache à une maladie préalable de la glande, ou même à l'état particulier de turgescence que détermine la puberté.

Observation Ire.—En juillet 1842, dans les salles de M. Emery, se trouvait une jeune fille de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, non encore réglée, et dont les seins commençaient à se développer. Depuis quelques jours, des douleurs s'étaient fait ressentir dans les seins, particulièrement dans le droit ; une rougeur circonscrite et uniforme occupait la partie externe de ce sein ; le mamelon, peu formé d'ailleurs, et parfaitement rosé, formait un creux notable. Le troisième jour, on ouvrit avec la lancette la tumeur qui contenait du pus, et bientôt la malade sortit guérie.

Enfin, il peut arriver que la phlegmasie se développe primitivement dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée ; par exemple, sous l'influence d'un courant d'air froid. Quel que soit celui de ces trois ordres de causes auquel la maladie se rattache, la marche en est la même, et les terminaisons les plus ordinaires sont la résolution et la suppuration. Toutefois, l'induration peut persister, quoique la suppuration soit tarie ; mais c'est un fait exceptionnel, surtout lorsque la compression a été admise dans le traitement.

Si la résolution ne se fait pas, et que la production du pus ait été le résultat de l'inflammation du tissu cellulo-graisseux de la couche superficielle du sein, on observe une variété d'abcès assez souvent multiple. Le volume de ces abcès est variable ; leur siége de prédilection à la partie inférieure et externe de la mamelle, la saillie de la peau qui est amincie et bleuâtre, ou d'un rouge sombre, la facilité à constater la fluctuation, les caractérisent suffisamment.

Traitement.—Les causes doivent être prises en considération pour le traitement. Ainsi : 1° lorsqu'une excoriation du mamelon a précédé, des onctions avec une pommade au précipité rouge au 15e, nous ont ordinairement suffi pour détruire la cause, et des cataplasmes amenaient facilement la résolution d'une phlegmasie commençante.

Observation IIe.—En mai 1842, je fus consulté par une dame qui allaitait son quatrième enfant. Des excoriations fort douloureuses occupaient les deux seins, et n'avaient pu être soulagées par des onctions avec le beurre de cacao, qu'une sage-femme avait conseillées. Depuis deux jours le sein droit était devenu gonflé et rouge à la partie externe, en dehors de l'aréole qui semblait déprimée ; il y avait de la fièvre et un peu de céphalalgie. D'après mon avis, on fit des onctions avec la pommade au précipité rouge sur les crevasses des deux seins, et le sein malade, couvert de cataplasmes, fut supporté par une écharpe. Dès le troisième jour, il n'y avait plus trace de l'engorgement ni des excoriations.

2° Les crevasses sont une cause d'engorgement plus difficile à guérir. Chez une femme qui me fut adressée par celle dont je viens de citer l'observation, il s'agissait d'une crevasse profonde occupant le sillon de réunion du mamelon avec l'aréole. Après avoir employé sans succès la pommade au précipité rouge et le nitrate d'argent en solution, je me servis du crayon de nitrate, avec lequel il me suffit de toucher légèrement, et à peu de reprises. Cette pratique est souvent celle de M. P. Dubois à sa clinique.

3° L'eczéma peut devenir une cause d'engorgement du sein : c'est à lui qu'il faut alors s'attaquer. Nous l'avons vu durer d'une manière désespérante chez une nourrice couchée au n° 2 de la salle Sainte-Thérèse, service de M. Trousseau, et qui ne fut guérie que par des cautérisations répétées avec le nitrate de mercure.

4° Quand c'est l'eczéma syphilitique qui est le point de départ de la phlegmasie du sein, le traitement mercuriel est indiqué, et on y joint l'emploi des cataplasmes.

Observation IIIe.—Le 1er avril 1841, est entrée dans le service de M. Trousseau, une femme âgée de trente ans, et accouchée depuis six mois, offrant depuis trois semaines un eczéma syphilitique du sein gauche, et affectée d'une ulcération du voile du palais.—Le 25 mars, le sein est devenu douloureux; une tuméfaction rougeâtre s'est montrée à la partie déclive de la mamelle, et la malade a éprouvé de la fièvre. Un médecin de la ville ayant conseillé un vomitif, dont l'administration a été suivie d'un mieux notable, la fièvre a cessé.

Etat actuel, 1er avril.—Le mamelon est peu déprimé, la rougeur de la peau moindre, au dire de la malade. On prescrit des pilules de proto-iodure, des bains de sublimé, trois cataplasmes par jour sur le sein, et une diète modérée.—Le 6 avril, la phlegmasie du sein a cédé; mais l'eczéma persiste deux semaines encore.

5° L'érysipèle peut s'accompagner d'abcès superficiel; le traitement varie alors selon les circonstances.

Observation IVe.—Le 17 avril 1841, est entrée une femme âgée de trente-deux ans, épuisée par la misère, accouchée depuis quatre mois, et n'allaitant plus. Elle se plaint d'une courbature générale avec fièvre et céphalalgie.—Le 20 avril, la malade a eu le délire toute la nuit. Un érysipèle envahit le sein gauche.—Le 2 mai, l'érysipèle occupe le sein droit, et cesse le lendemain; une double pneumonie en accompagne la disparition.—*Prescription*: potion avec le tartre stibié, à dose rasorienne.—En même temps le sein droit s'engorge superficiellement. Le 10 mai, un abcès formé se traduit par une bosselure violacée du volume d'un œuf de pigeon, qu'on incise; des cataplasmes sont appliqués. Le 18 mai, l'abcès, qui s'était cicatrisé, se rouvre, et laisse échapper du pus mêlé de sang; le pouls est misérable. Le 22, la peau du sein est criblée d'ouvertures spontanées; on continue les cataplasmes. La malade succombe enfin le 15 juin, à la suite d'hématémèses et de selles sanguinolentes.

A l'autopsie, nous trouvons, outre les lésions nombreuses du poumon et des intestins, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, la peau du sein largement décollée, ulcérée en plusieurs endroits, tandis qu'à la partie externe, une bosselure superficielle séparée est entière, et contient une cuillerée de pus.

6° L'inflammation de la couche cellulo-graisseuse peut succéder à celle de la glande: la compression est alors le meilleur mode de traitement.

Observation Ve.—Le 17 avril 1841, est entrée une femme de vingt-quatre ans, primipare, accouchée depuis deux mois, qui a vu, quinze jours auparavant, sous l'influence d'un courant d'air froid, un gonflement brusque s'emparer de son sein gauche. Depuis quatre jours, ce gonflement, jusque-là presque indolent, ayant augmenté avec accompagnement de douleurs et de fièvre, une application de six sangsues, conseillée par un médecin, a fait diminuer la tumeur qui offre aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon; il y a de la rougeur et de la chaleur; fluctuation obscure. On prescrit des cataplasmes, et l'allaitement est cessé du côté malade; le 19 avril, on ouvre l'abcès: une mèche est introduite dans la plaie et des cataplasmes sont prescrits.

Le 21, il reste un peu d'engorgement, sans douleur; le lait s'échappe par la petite plaie; on pose le bandage compressif.

Le 27, on enlève les bandelettes; la plaie est cicatrisée, sans aucune induration, et l'allaitement, suspendu de ce côté depuis le 17, est repris.

Observation VIe.—Le 9 avril 1841, a été admise au n° 10 de la salle Sainte-Julie, service de M. Trousseau, une femme de vingt-quatre ans, primipare, accouchée depuis huit mois. Cette malade était affectée d'une crevasse au sein gauche, lorsque huit jours auparavant, s'étant exposée au froid, elle ressentit une douleur accompagnée de fièvre, pendant quarante-huit heures. Le troisième jour, il y eut gonflement du sein et rougeur de la peau; ce dernier symptôme céda à l'application d'un cataplasme; mais, le quatrième jour, la rougeur reparut et s'étendit à presque tout le sein. Il y eut fièvre, précédée d'un frisson qui dura une heure.

Etat actuel.—La peau est tendue, amincie, rouge, le mamelon déprimé; il y a fluctuation.

Le 10 avril, l'abcès s'est ouvert spontanément dans le point le plus saillant; on agrandit l'ouverture qui donne issue à 500 grammes de pus. Des cataplasmes sont prescrits, et une mèche est introduite pendant plusieurs jours. Le 12 avril, la compression est établie. Le 18,

on lève le bandage. L'ouverture est cicatrisée; mais une nouvelle bosselure proémine à la partie interne du sein. Une incision donne issue à du pus séreux; des cataplasmes sont prescrits jusqu'au 21, époque à laquelle la compression est reprise. Le 25, à la levée de l'appareil, la guérison est complète.

Réflexions. — Le lait ne monte dans le sein qu'au bout de quelques jours, et seulement quand on presse la mamelle; mais la fonction se rétablit bientôt complétement.

7° Enfin, la phlegmasie peut se développer d'emblée dans la couche cellulo-graisseuse du sein. Ici, c'est encore la compression que nous conseillons.

Observation VIIe.—Le 4 juillet, entre une femme de vingt-deux ans, accouchée depuis deux semaines, n'ayant nourri que cinq jours, et du sein gauche seulement, parce que le mamelon droit ne pouvait être saisi par l'enfant. Depuis trois jours, une inflammation du tissu cellulo-graisseux s'est établie, accompagnée de fièvre, de suppression des lochies et d'embarras gastrique : on administre un purgatif huileux, et le sein est couvert de cataplasmes. Le 8 juillet, la réaction est vive; un abcès s'est formé dans le sein, à la partie externe. Il est incisé le 10, et donne issue à 60 grammes de pus mêlé de quelques débris cellulaires mortifiés; cataplasmes. Le 11, la compression est tentée; on la renouvelle le 19, et le 24 elle est enlevée définitivement. La plaie cicatrisée présente à peine un reste d'engorgement.

Quoique incomplète, cette observation prouve que nous avons, dans la compression, un moyen de calmer instantanément la douleur.

Observation VIIIe.—Une femme de vingt ans, accouchée depuis quatre mois, après un allaitement de quelques semaines, avait été affectée de crevasses au sein gauche, dont la sécrétion était plus abondante que celle du sein droit. Depuis huit jours, une inflammation superficielle s'est emparée de ce sein.

Le 5 mai, lendemain du jour où la malade est entrée à l'hospice, la compression employée calme sur-le-champ les douleurs qui étaient vives, et la malade nous quitte, avec le bandage sur le sein, en promettant de revenir. Comme nous ne la revîmes plus, et que son état n'était pas alarmant, il est même probable que nous avons obtenu la résolution de l'engorgement.

2° *Inflammation du tissu sous-aréolaire.*

Le tissu sous-aréolaire peut être le siége d'une inflammation indépendante d'une maladie de la glande. La rougeur livide de la peau, une douleur limitée, et la saillie de l'aréole qui donne au sein une forme irrégulièrement conoïde, caractérisent cette phlegmasie bénigne qui ne s'observe guère que chez les nourrices. Des gerçures, des exulcérations du sein, l'impression d'un air froid, en sont souvent le point d'origine; et cette phlegmasie peut se résoudre quelquefois, lorsque, due à une affection du mamelon, on guérit l'affection qui l'a précédée. Mais si elle se termine par suppuration, les foyers en sont multiples, et la peau, rapidement amincie, présente des bosselures du volume d'une aveline; il y a d'ailleurs douleur pulsative, chaleur locale et fièvre; enfin l'ulcération de la peau en est la suite, dans le cas où l'on n'évacue pas le pus avec la lancette.

Traitement. — Que l'inflammation soit sous-aréolaire, ou qu'elle occupe le tissu cellulo-graisseux du sein, les sangsues, et parfois de simples cataplasmes suffisent au début; mais lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, auxquels il faut ajouter la suspension du sein à l'aide d'une écharpe, la phlegmasie ne cède pas et reste sub-aiguë, il faut employer le bandage compressif pour tenter la résolution de l'engorgement.

Enfin, si l'on n'a pu empêcher la suppuration, que la compression ait ou non déjà été employée, elle convient encore pour limiter la suppuration tant que l'abcès n'est pas ouvert, et pour favoriser le recollement des parois, quand une fois on a incisé le foyer du pus.

Dans un cas où un courant d'air froid semblait la cause d'un abcès sous-aréolaire, la malade se présenta à nous avec une double bosselure du sein gauche qui avait l'aspect d'un cône irrégulier; une ponction pratiquée avec la lancette évacua une cuillerée de pus environ; on introduisit quelques brins de charpie dans le foyer, qui ne se vida complétement que le lendemain; le quatrième jour la suppuration était tarie.

Observation IXe.—Le 27 mai 1841, est entrée une femme âgée de vingt-quatre ans, et accouchée, pour la troisième fois, depuis vingt jours. Elle n'a pas nourri ses deux derniers enfants, et n'a pas eu d'abcès antérieurs. Mais à cette dernière couche, après un allaitement de deux jours, ses deux seins ont été affectés de crevasses ; puis, il y a douze jours, il s'est manifesté dans le sein gauche un gonflement accompagné de rougeur de la peau. La tuméfaction soulève l'aréole ; le sein est conoïde, et la malade y éprouve des élancements. La fluctuation est manifeste, la peau bleuâtre et amincie ; il y a peu de fièvre ; la malade ne présente que l'autre sein à son enfant. Une incision donne issue à deux cuillerées à bouche de pus bien lié ; on introduit une mèche dans la plaie ; le sein est couvert d'un large cataplasme. Le 1er juin, on applique le bandage. Le 8 juin, on enlève les bandelettes : le sein est diminué de volume et suppure peu abondamment. Le 12 juin, une seconde application de bandelettes est suivie d'un succès complet ; l'allaitement est repris des deux seins.

Observation Xe.—Au no 18 de la salle Sainte-Anne, est entrée, le 15 juillet, une femme de trente-huit ans, accouchée depuis onze mois, et qui n'allaite que d'un sein, le mamelon du sein gauche n'étant pas formé : prise de douleurs dans le sein droit, il y a six jours, elle a cessé de nourrir. Un gonflement de la glande a succédé à cette douleur ; puis deux abcès, le premier ayant son siége dans le tissu cellulo-graisseux superficiel et le second sous-aréolaire, ont été combattus par des cataplasmes, l'incision et la compression ; guérison complète le 28 juillet.

II. — Inflammations de la glande mammaire.

Au travail de la lactation, et aux circonstances qui l'accompagnent, se rapportent la plupart des engorgements de la glande mammaire proprement dite. M. Velpeau en reconnaît trois variétés ; mais comme il n'en donne pas les caractères différentiels, nous laisserons de côté cette distinction théorique, nous bornant à décrire : 1° l'engorgement pur et simple, et 2° l'inflammation de la glande mammaire, qu'elle ait ou non son point de départ dans l'engorgement des conduits excréteurs.

1° *Engorgement des canaux galactophores.*

Pendant les derniers mois de la grossesse, chez les femmes récemment accouchées, et surtout chez les nourrices, le lait, retenu dans ses conduits excréteurs, les dilate, et cette rétention est accompagnée de douleur ou d'une sensation de pesanteur ; le sein est gonflé, et l'on distingue au toucher un ou plusieurs lobules de la glande augmentés de volume. Bien que chaude, la peau n'est que peu sensible à la pression, et parfois d'un rouge faible ; mais les veines sont dilatées. Les causes qui nous ont paru amener le plus souvent cet état du sein sont l'exposition à un courant d'air froid, et les interruptions de l'allaitement ; ajoutons que cette dernière cause se rattache souvent à la présence d'excoriations ou de gerçures du mamelon, qui font redouter aux femmes de présenter le sein. L'engorgement des canaux galactophores ne constitue pas une inflammation par lui-même ; mais il y donne lieu dans maintes circonstances.

Au dire de sir Astley Cooper, c'est une inflammation lente qui a pour résultat l'oblitération d'un ou plusieurs conduits excréteurs ; il compare cette maladie à la grenouillette, et cite le fait d'une dame chez laquelle cet engorgement avait persisté une année entière, sans avoir donné lieu à aucun accident.

Traitement. — Dans l'engorgement non inflammatoire des canaux galactophores, s'il y a possibilité de cesser l'allaitement, nous conseillons l'emploi des applications résolutives, joint à l'usage répété des purgatifs. Si toutefois on ne pouvait avoir recours à ces moyens, parce que la femme refuserait de sevrer, il serait convenable de vider, par une ponction, le conduit excréteur engorgé, et la compression aiderait au recollement des parois du foyer laiteux.

Observation XIe.—Une Alsacienne, couchée au no 11 de la salle Sainte-Anne (hospice Necker), venait de perdre son enfant, et chez elle, sous l'influence de la cessation de l'allaitement, le sein gauche avait contracté un engorgement non inflammatoire pour lequel on lui avait prescrit la diète, des boissons délayantes et des cataplasmes sur le sein. Vingt-quatre heures après son entrée, forcée, disait-elle, de quitter l'hôpital, elle me pria de lui

faire une prescription qu'elle pût suivre chez elle ; je lui conseillai de prendre, tous les trois jours, une bouteille d'eau de Sedlitz, et de tenir sur le sein des compresses imbibées avec un mélange de 30 grammes d'alcool et de 150 grammes d'eau. Cette fille était guérie le quatorzième jour.

2° *Inflammation de la glande mammaire.*

Elle peut avoir succédé à un engorgement non inflammatoire des conduits excréteurs, ou s'être établie d'emblée dans le tissu glandulaire, sous l'influence d'un coup d'air, ou encore à la suite d'excoriation du mamelon, d'abcès du tissu cellulaire superficiel ou profond. Cette inflammation s'observe surtout chez les nourrices et les femmes nouvellement accouchées. La douleur sourde et le gonflement du sein, son volume, la rougeur de la peau, en marquent les premières phases. En outre, la palpation fait reconnaître l'augmentation de volume des lobules du sein, qui sont durs et engorgés ; il y a de la fièvre.

La marche de cette affection est plus lente que celle des autres inflammations du sein; elle peut se terminer par résolution, par suppuration et par induration ; mais le pronostic en est plus sérieux que celui des inflammations superficielles ou profondes, car un grand nombre de points peuvent s'engorger isolément, successivement, passer à suppuration et donner lieu à des abcès multiples d'une durée indéfinie. La fluctuation se joint alors aux signes de l'inflammation déjà énumérés, et c'est autour de l'aréole que viennent proéminer les foyers purulents.

Traitement. — C'est surtout dans le traitement de l'inflammation de la glande mammaire proprement dite que la compression est indiquée; toutefois si, à l'aide de ce moyen, on ne peut empêcher la suppuration, il faut n'ouvrir l'abcès que quand la fluctuation est évidente, et reprendre bientôt après la compression, qui opère le dégorgement du sein et le recollement des parties divisées.

Observation XII^e^.—Le 6 avril, se présente une femme accouchée depuis un mois, et affectée de crevasses aux deux seins depuis quinze jours. Le sein droit, déjà engorgé à cette dernière époque, mais sans douleur, s'est tuméfié d'une manière notable, depuis huit jours, sous l'influence d'un courant d'air; la fièvre a suivi le gonflement, qui est sous-aréolaire ; le sein droit verse plus de lait que l'autre.—On prescrit des cataplasmes et la cessation de l'allaitement.

Le 13 avril, il y a douleur dans tout le sein.—Le 14, le bandage est posé.—Le 15 et le 16, point de douleurs ; mais le cinquième jour de l'application des bandelettes, il survient de la douleur qui force de les lever. On trouve, au dessus du mamelon, une tumeur fluctuante du volume d'un œuf de pigeon ; la peau, sur ce point, est bleuâtre et fort amincie. Une incision donne issue à 60 grammes de pus louable ; on met une mèche dans l'ouverture et un cataplasme sur le sein.—Le 20, la petite plaie laisse échapper du lait.—Le 25 avril, on réapplique le bandage, et le 1er mai, le sein est guéri sans induration. Ce sein est rendu à l'allaitement.

Observation XIII^e^. — Le 12 janvier 1841, est entrée, dans le service de M. Trousseau, une femme de trente-sept ans, ayant eu deux enfants, et n'ayant nourri que le dernier ; sa dernière couche date d'un an. Il y a dix jours, elle a ressenti de la douleur dans le sein droit en allaitant ; la peau est devenue rouge, le sein dur, et elle y a éprouvé des élancements; l'engorgement a son siége à la partie interne du sein. On établit la compression, et sur-le-champ le sein cesse d'être douloureux.

Le 18 février, le bandage enlevé, il ne reste plus trace de l'engorgement.

Le sein, fortement diminué de volume, est privé de lait ; mais au bout d'un mois la fonction s'est rétablie.

III. — Inflammations sous-mammaires.

Les inflammations de cette classe ont de la tendance à occuper une large surface; elles peuvent, 1° naître d'une irritation de la glande ; 2° se développer d'emblée dans le tissu cellulaire sous-mammaire ; 3° trouver leur origine dans une affection des parois thoraciques ou des organes contenus dans la poitrine, ordre de causes parfaitement apprécié par sir Astley Cooper, mais sur lequel nous n'insisterons pas, faute d'observations personnelles.

1° *Inflammation sous-mammaire consécutive à une affection de la glande.*

Observation XIVe.—Le 4 février 1841, s'est présentée, à l'hospice Necker, une femme âgée de dix-huit ans, accouchée depuis seize jours, et éprouvant dans le sein gauche des élancements qui persistent depuis une semaine. On sent dans la profondeur de la glande, à la partie interne et supérieure, un peu de gonflement et d'induration; la peau, dans le point correspondant, est à peine rouge; il n'y a pas de fièvre; mais l'allaitement est douloureux.

On pratique la compression, et aussitôt le sein cesse d'être douloureux à la pression de la main.—Le 5, il y a quelques élancements; le sein tend à s'échapper par la partie supérieure du bandage; on ajoute quelques bandelettes. Le 8, le bandage étant levé, on trouve un noyau d'induration profond et douloureux à la pression, sans rougeur à la peau; le bandage est repris le lendemain, mais la douleur renaît et force à renoncer à la compression.—Le 15, collection profonde de pus derrière le sein et entre les lobes de la glande. Le sein est rouge, ses veines sont gonflées; il paraît comme soulevé; la fièvre est intense. Une incision est pratiquée, et une grande quantité de pus, contenant un bourbillon de la grosseur d'une noisette, s'échappe par la plaie. On prescrit des cataplasmes qui sont continués les jours suivants. Bref, la malade, sortie de l'hôpital, revient dans les premiers jours de mars avec un nouvel abcès post-mammaire, siégeant à un décimètre du point de l'incision, qui a laissé elle-même un trajet fistuleux peu étendu. On fait une incision nouvelle, et la compression, plusieurs fois renouvelée, est suivie d'un succès définitif le 2 avril.

Réflexions.—Les seins sont volumineux, piriformes; la malade est douée d'une grande irritabilité.

2° *Inflammation développée d'emblée dans le tissu sous-mammaire.*

Observation XVe.—La nommée Agnès Lebon, d'un tempérament bilieux allié à une certaine susceptibilité nerveuse, primipare, et venant de perdre son enfant, entre dans le service dans les premiers jours de février 1841. Son sein droit est augmenté de volume et comme soulevé; elle y ressent des douleurs profondes: la peau présente une rougeur diffuse à la partie inférieure du sein, où l'on constate de la fluctuation, et le bistouri ne rencontre de pus qu'à une grande profondeur. Le bandage compressif est appliqué et renouvelé plusieurs fois, et la malade nous quitte vers la cinquième semaine, en voie de guérison; mais elle rentre à l'hospice dans le courant de mars. L'ouverture pratiquée antérieurement n'a laissé qu'un pertuis, à côté duquel un nouvel abcès oblige à pratiquer une nouvelle incision. Un demi-verre de pus s'échappe par la plaie, qui donne issue également à un bourbillon aplati du volume d'une fève. On prescrit des cataplasmes sur le sein, et la compression n'est reprise que le 1er avril. On lève l'appareil le 5. La malade se plaint de vives douleurs dans le sein.—Le 10, la compression est reprise avec un succès définitif.

On a dû suspendre la compression plusieurs fois, eu égard à la susceptibilité nerveuse de la malade: ses mamelles sont piriformes et volumineuses, circonstance qui nous ont paru retarder toujours et parfois empêcher le succès de la compression.

Quel que soit le mode de production de la phlegmasie sous-mammaire, on la reconnaît au développement du sein, dont les veines sont saillantes, et à la teinte rosée diffuse des téguments, qui offrent une chaleur brûlante: la glande paraît soulevée; il y a réaction, sueurs nocturnes, et deux ou trois jours suffisent pour que la glande semble avoir doublé de volume. La résolution de cette phlegmasie est, dit-on, rare; nous ne l'avons jamais observée. Quant à la suppuration, elle peut être accompagnée de gangrène du tissu cellulaire. Quoi qu'il en soit de cette dernière circonstance, pour peu que l'affection ait une semaine de date, il semble au toucher que la mamelle repose sur une couche de liquide, et l'incision de l'abcès donne issue à une grande quantité de pus; ajoutons ici qu'une inflammation ou un abcès du tissu cellulaire superficiel peut être le préambule de cette phlegmasie.

Traitement. — L'application de larges cataplasmes et la compression sont les seuls moyens indiqués, avant que le pus soit formé. Une fois la suppuration reconnue, l'incision et la compression doivent être employées, sauf les cas où une maladie de la poitrine ou des parois thoraciques est le point de départ de l'affection du sein.

De l'allaitement et de l'ouverture des abcès. — On peut dire en général, que l'allaitement est une cause d'inflammation pour le sein ; en effet, les femmes qui ne nourrissent pas y sont rarement exposées ; et chez celles qui nourrissent, lorsque l'un des seins a une sécrétion plus active, c'est toujours le sein le plus riche qui s'enflamme. Quant à l'opinion d'Ant. Dugès, qui pense que « le plus souvent un état fluxionnaire ou fébrile général précède et amène l'engorgement inflammatoire, et que bien souvent ce mouvement fluxionnaire n'est autre que la fièvre de lait ; » sans en nier la justesse, nous dirons que tous les faits qui ont passé sous nos yeux viennent à l'encontre, puisque toujours le début de l'inflammation s'est montré assez loin des couches pour ne pouvoir être rapporté à la fièvre de lait. Des inflammations du sein, et surtout les simples engorgements, ne sont pas d'ailleurs la suite d'une fièvre, mais bien au contraire ils précèdent cette réaction, que Samuel Cooper appelle *fièvre inflammatoire sympathique.* Il convient donc quelquefois de proscrire l'allaitement ; mais quand une fois la lactation a été entreprise, il faut éviter de la cesser brusquement et sans de grands ménagements.

Dans les affections du sein qui ne réclament pas la compression, nous faisons continuer l'allaitement avec certaines précautions ; mais une fois le bandage appliqué, la fonction cesse nécessairement du côté entrepris ; et d'ailleurs la sécrétion du sein comprimé est diminuée, voire même suspendue ; suspension qui parfois se prolonge quelques semaines encore après l'emploi des bandelettes. Du reste, nous avons toujours vu le lait finir par monter à peu près également dans les deux seins, quelque temps après qu'on avait cessé la compression.

Nous ne dirons qu'un mot de l'ouverture des abcès, et sur cette question nous suivrons avec M. Trousseau les errements de Dugès.

Dans les deux variétés d'abcès superficiel, nous conseillons l'ouverture dès que la suppuration est manifeste ; quand l'abcès est intra-mammaire, nous attendons que la peau soit soulevée en quelque point ; enfin, dans le phlegmon sous-mammaire exclusivement borné au tissu cellulaire, il faut inciser dès que la fluctuation est nettement perçue : au contraire, lorsque la glande participe à l'inflammation, nous nous conduisons comme dans l'abcès glandulaire simple.

De la compression. —Déjà, dans ses leçons et dans un article de dictionnaire, M. Velpeau avait indiqué la compression comme applicable, dans certains cas, au traitement des abcès du sein ; mais il ne voyait en elle qu'un moyen secondaire. M. Trousseau vint alors expérimenter cette méthode sur une grande échelle ; et, placé d'ailleurs dans les conditions spécialement favorables d'un service de nourrices, dès 1841 il proclama l'efficacité de la compression dans toutes les formes de phlegmons du sein.

C'est à l'aide de bandelettes de diachylon que l'on pratique la compression : leur longueur est de 3 à 4 mètres, sur une largeur de 3 centimètres environ. La malade étant assise dans son lit, la poitrine entièrement découverte, le chirurgien se place du côté affecté ; il fixe d'abord vers la partie médiane du dos l'extrémité libre d'une bandelette, dont il tient en main le peloton ; puis, la ramenant vers la partie latérale de la poitrine, il la fait passer sur le sein, en commençant par la partie inférieure, monte obliquement pour gagner le tiers externe de la clavicule du côté sain, descend ensuite dans le dos, de manière à recouvrir le premier tour de bande, en ayant soin que chaque tour recouvre celui qui l'a précédé dans les deux tiers supérieurs. Lorsqu'une série de tours a recouvert le sein dans presque toute son étendue, on conduit d'autres bandelettes qui, partant de la région supérieure et antérieure de l'abdomen, au-dessous du sein non affecté, montent croiser obliquement les premières, passent sous l'aisselle ; reviennent, après avoir traversé la partie postérieure de la poitrine, à l'endroit d'où elles étaient parties, pour recommencer le même trajet, en recouvrant à chaque tour les deux tiers supérieurs du tour précédent.

Quelle que soit la forme d'inflammation du sein, la compression peut et doit être employée au début comme moyen résolutif.

Si la compression ne parvient pas à prévenir la suppuration, elle calme immédiate-

ment la douleur, cette nouvelle source d'inflammation suppurative, et, par suite, elle limite le désordre.

Alors, soit qu'on ouvre l'abcès, soit qu'on l'ait laissé s'ouvrir sous les bandelettes que la suppuration traverse aisément, il convient d'en suspendre l'emploi pendant trente-six heures, et de faire usage de cataplasmes de mie de pain. Puis on reprend la compression pour obtenir, avec la cessation immédiate d'une douleur qui parfois a pu renaître, le recollement des parois de l'abcès, la guérison des fistules galactophores ou purulentes, et enfin la résolution des dernières traces d'engorgement.

Nous avons indiqué les avantages de la compression, parlons maintenant des inconvénients qu'elle peut avoir.

Dans certains cas rares, et qui nous ont paru se rattacher à un volume énorme, à une grande flaccidité ou à une forme spéciale du sein qui est alors piriforme, la compression est difficilement régulière ; elle devient bientôt douloureuse, surtout si l'inflammation est accompagnée d'une réaction générale, toujours en rapport avec l'irritabilité de la femme, quelle que soit la variété d'abcès qu'on ait à traiter : alors il faut se hâter de lever le bandage. C'est dans ces cas défavorables que l'ouverture des abcès donne issue à des bourbillons, débris de tissu cellulaire mortifié selon les uns, produits de sécrétion suivant d'autres, mais dont la présence implique une idée de vive synergie et de gravité. Enfin, l'atrophie notable du sein malade suit presque toujours la compression, pour peu qu'elle se prolonge ; et parfois il pourrait être utile de prévenir les malades de cet effet. Au reste, comme nous l'avons dit, cette atrophie n'est que momentanée, et le sein reprend, après quelques semaines, et ses formes, et la plénitude de ses fonctions.

Expériences sur la réduction des luxations de l'épaule, *pour déterminer les lésions qui peuvent survenir dans des tractions trop violentes ;* par M. le professeur **Gerdy.**

Richard (Pierre), âgé de 46 ans, homme de peine, robuste et assez fortement musclé, entra à l'hôpital de la Charité, le 4 mai 1843.

Le 20 avril, il portait un poids considérable, lorsque, embarrassé par le fardeau, il fit une chute dans un escalier. Il tomba sur le côté gauche, le coude appuyé sur le sol, ainsi que la partie postérieure de l'avant-bras demi-fléchie ; des ecchymoses, des excoriations de l'épiderme semblent attester que l'accident est arrivé comme le malade le dit. Après sa chute il ressentit une douleur assez vive dans la région de l'épaule, ne put reprendre son travail ; et pendant tout le temps qui s'écoula jusqu'à son entrée à l'hôpital, il ne fit qu'appliquer des compresses résolutives sur son épaule, sans éprouver de soulagement notable ; seulement les ecchymoses étaient presque complétement disparues, quelques mouvements existaient au niveau de l'articulation de l'épaule, ce qui n'avait pas lieu immédiatement après l'accident.

A son entrée à l'hôpital, Richard est dans l'état suivant : le coude est légèrement écarté du tronc, l'avant-bras est fléchi sur le bras et tenu au-devant de la poitrine. L'hémisphère de la tête de l'*humérus* ne s'aperçoit plus sur le plan deltoïdien, le moignon de l'épaule est légèrement aplati sous l'acromion, mais on n'y observe pas la dépression sous-acromiale qu'on rencontre dans les luxations humérales antérieures. L'humérus est dirigé un peu en bas et en dehors ; en haut, son axe se prolonge en dedans de la cavité glénoïde. L'épaule est légèrement portée en avant, et est en même temps un peu soulevée, la longueur du membre est à peu près la même des deux côtés.

Porte-t-on la main sous l'acromion, on y trouve un vide assez considérable, et on peut y refouler le deltoïde. On ne peut sentir la saillie de la tête de l'humérus en appliquant la main sur le moignon de l'épaule. Au contraire, en dedans de la dépression sous-acromiale, à travers le muscle grand pectoral un peu soulevé, et sous la clavicule, on sent une saillie très dure, arrondie, qui remue lorsque l'on imprime des mouvements au corps de l'humérus ; cette saillie est formée par la tête de cet os.

Le creux de l'aisselle est moins large qu'à l'état normal et paraît porté un peu en avant; si l'on y introduit les doigts, on le trouve dans le haut rempli par une éminence très dure, qu'on ne peut sentir qu'avec peine, recouverte qu'elle est par les parties molles.

Il est évident que dans ce cas on a affaire à une luxation de la tête de l'humérus placée au-devant de la cavité glénoïde au-dessous et un peu en dedans de l'apophyse coracoïde. Tel est du moins, d'après tous les faits indiqués ci-dessus, le diagnostic de M. Gerdy.

Le 5 au matin on fait une première tentative de réduction. Une serviette pliée en plusieurs doubles est fixée au moyen de tours de bande sur le poignet du côté malade, de manière à former une anse à l'extrémité du membre. Dans l'anse de cette serviette on en passe une autre par laquelle on doit faire l'extension. Pour pratiquer la contre-extension, une alèze est passée sur la partie latérale de la poitrine du côté malade, au-dessous de l'aisselle: une serviette, passée sur le haut de l'épaule malade, est ramenée obliquement par derrière et par-devant la poitrine, sous l'aisselle du côté sain, en croisant l'alèze. Quatre aides font l'extension; ils tirent graduellement, sans résultat. La tête n'a pas sensiblement changé de place; le malade se plaignant vivement de douleur au poignet et sur la partie latérale gauche de la poitrine, on est obligé de cesser les manœuvres. On pratique immédiatement une saignée du bras de 4 palettes; on recommence les tentatives de la même manière, toujours sans résultat. Dans ces deux tentatives les tractions ont été faites l'avant-bras étendu et le bras faisant un angle droit avec la poitrine. Nous devons dire qu'avant de pratiquer cette extension, M. Gerdy avait cherché à faire la réduction en portant le membre en haut, mais cette tentative avait été complétement inutile, à cause des douleurs que le malade ressentait au niveau de l'articulation scapulo-humérale; il avait été même impossible de faire faire au bras un angle de plus de 60 degrés avec l'axe de la poitrine.

Le malade reporté à son lit est très fatigué, mais ne se plaint pas de son poignet ni de son épaule après que les appareils extensifs et contre-extensifs ont été enlevés.

Le 7, on fait une seconde fois des tentatives de réduction avec un moufle de deux couples de quatre poulies chacun. Le membre est dans la même position que dans la tentative précédente. Il forme avec la poitrine un angle presque droit; l'avant-bras est étendu sur le bras, le tronc est fixé au moyen d'une alèze à un point solide. Cette tentative reste sans résultat. On recommence une seconde fois, on fait des tractions plus fortes... Mais M. Gerdy remarque sur la face interne du bras une corde fortement tendue qu'il attribue au nerf médian; le malade souffre beaucoup et se plaint d'engourdissement dans le membre; craignant la rupture du nerf médian, on cesse toutes tentatives, et on les ajourne jusqu'à ce que des expériences aient été préalablement faites sur le cadavre.

Première expérience.—Le 7 mai, un cadavre d'un homme adulte est très fortement fixé sur une table solide d'amphithéâtre. Une anse formée par plusieurs compresses est fixée au poignet, le bras fait avec la poitrine un angle presque droit rentrant en bas. L'avant-bras est étendu sur le bras; le moufle, de 8 poulies en tout, est fixé au membre. Un aide tire graduellement et fortement. On sent au bout de quelque temps une corde très forte à la face interne du bras, sans déchirure; on fait la dissection sur place, en maintenant le membre dans la même tension. Le nerf médian est très fortement porté en dedans et excessivement tendu, l'artère humérale l'est beaucoup moins, cependant elle l'est plus qu'à l'état normal; le nerf radial n'a pas de tension bien forte, le nerf cubital est à peu près aussi tendu que l'artère humérale; la capsule paraît médiocrement tendue; il n'y a aucune rupture musculaire; les veines ne présentent rien de remarquable.

Deux aides continuent à tirer sur le membre, toujours au moyen du moufle; le membre s'allonge un peu, la tension augmente. Un troisième aide ajoute ses efforts à ceux des deux premiers, le membre s'allonge encore, le nerf médian et en même temps les quatre compresses pliées en trois se déchirent subitement. On ne trouve à la dissection qu'une rupture du nerf médian; les autres nerfs du plexus brachial, le plexus brachial lui-

même, l'artère et la veine humérales, n'ont éprouvé aucune lésion. De plus, il n'y a pas de déchirure musculaire, la moelle épinière est intacte.

Deuxième expérience.—Le 10 mai, le cadavre d'une femme de 73 ans est fixé, comme dans la précédente expérience, à une table. Une anse formée par une forte corde est fixée autour du coude ; l'avant-bras est fléchi sur le bras ; les tractions d'un aide amènent une tension très forte dans la partie supérieure du bras. Les aponévroses, le nerf cutané interne, le nerf radial sont fortement tendus, l'artère humérale l'est aussi très fortement; le nerf médian l'est beaucoup moins que dans l'expérience précédente.

Sous l'influence des tractions de deux aides, on entend des ruptures s'accomplir profondément à la partie supérieure de la poitrine. Alors, à la dissection, le muscle grand pectoral est trouvé déchiré presqu'en entier dans son faisceau sternal ; le muscle petit pectoral présente quelques petites déchirures, les nerfs et les vaisseaux thoraciques en offrent quelques autres.

Trois aides continuant à tirer sur le membre au moyen du moufle, le petit pectoral se rompt complétement, et avec lui une partie des nerfs et des vaisseaux thoraciques; les autres parties sont très fortement tendues. Quatre aides tirent alors sur le membre : il se fait de nouvelles solutions très profondes, l'artère humérale se rompt au niveau des racines du nerf médian, l'écartement qui résulte de cette déchirure est à peu près de cinq centimètres ; les nerfs circonflexe et cutané interne, des veines nombreuses sont également divisés. La capsule, les muscles du bras, les autres nerfs du bras sont très fortement tendus, mais on n'y trouve pas de déchirure. Le scapulum s'étant enfin séparé de l'extrémité externe de la clavicule, on s'en tint là.

Ces expériences avaient été faites pour s'assurer 1° de l'influence des tractions violentes sur les différents tissus d'un membre, sur les muscles, sur les nerfs, sur les vaisseaux, sur les ligaments, et 2° de l'influence différente de l'extension, l'avant-bras étant étendu ou étant au contraire fléchi.

Elles prouvent que l'extension est capable de rompre des muscles, mais qu'ils ne se tendent pas aussitôt que les nerfs, lorsque le bras soumis à la traction est étendu dans l'articulation du coude et fait angle droit avec le tronc; que les nerfs tendus alors sont, d'abord le médian, puis le cutané interne, puis le cubital et le radial; que les vaisseaux brachiaux sont moins tendus que les nerfs ; que, si l'extension est portée assez loin, le médian et le cutané interne se rompent les premiers, mais que la facilité avec laquelle on les distingue à travers l'épaisseur de la peau, pendant les efforts de traction, permet d'arrêter les efforts avant la rupture de ces nerfs ; et que cette précaution est indispensable si l'on veut prévenir ce malheur ou seulement des tiraillements qui pourraient paralyser les fonctions des nerfs. Ces expériences ont également démontré qu'en faisant l'extension du bras, comme dans le cas précédent, mais après avoir pris la précaution de fléchir l'avant-bras à 20, 30 ou 40 degrés, les muscles partagent avec les nerfs les efforts des tractions ; qu'ils se tendent ensemble, résistent ensemble et se déchirent ensemble ; qu'on est toujours assez exactement averti de leur état de tension sur le cadavre, par la roideur qu'ils offrent à travers la peau ; enfin, que l'on peut porter les efforts de traction plus loin sur le bras fléchi dans l'articulation du coude que sur le bras étendu dans cette jointure, parce que la traction est plus égale sur tous les organes, muscles, nerfs, vaisseaux, etc., du membre soumis à l'opération.

Après ces expériences, le 11 mai, nouvelle tentative de réduction : le tronc est fixé de la même manière qu'auparavant, mais on fait des tractions sur le bras seulement, l'appareil extensif étant appliqué sur le coude, et l'avant-bras fléchi sur le bras. Le malade accuse une douleur très vive au point où les liens ont été appliqués, ainsi qu'au niveau de l'articulation scapulo-humérale; la tête de l'humérus ne change pas sensiblement de place : cette tentative est également infructueuse.

Le malade reste encore quelques jours à l'hôpital ; il prend quelques bains, les mouvements de l'épaule sont chaque jour plus étendus ; enfin le 18 il s'enfuit au moment où on se disposait à faire une dernière tentative.

Ce malade a-t-il bien dit la vérité sur la date de sa luxation? L'impossibilité où l'on a été de la réduire par les énergiques moyens que l'on a mis en usage permet d'en douter.

De quelques dangers du traitement généralement adopté pour les fractures de la rotule, *par* M. Malgaigne. (*Suite et fin.* —Voir le numéro précédent.)

On a vu dans notre premier article, quels tristes résultats pouvait entraîner l'application intempestive des appareils, mais surtout l'immobilité trop prolongée du membre. Sans m'en tenir à l'objet principal de ma démonstration, j'ai rapporté les faits dans tous leurs détails; et pour ceux qui prendront la peine de les étudier, il en ressortira, si je ne m'abuse, des conséquences assez curieuses touchant l'étiologie, les symptômes et la marche des fractures de la rotule. Ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper; seulement, quelque soin que je crusse avoir mis dans l'étude clinique de ces fractures, une heureuse circonstance devait me montrer que j'avais laissé en arrière un des phénomènes les plus importants comme aussi l'un des plus inattendus.

VIII^e OBSERVATION. — *Fracture directe de la rotule; autopsie au bout de deux ans; raccourcissement de moitié du ligament rotulien; renversement presque complet du ligament inférieur.*

Un vieillard récemment admis à Bicêtre, dégouté de la vie, se pendit et mourut le 14 septembre 1842. Il portait depuis deux ans une fracture de la rotule gauche survenue par l'effet d'une chute dans un escalier, dans laquelle le genou gauche avait porté directement contre une marche. On l'avait relevé et porté à son lit. Un premier médecin consulté avait méconnu la fracture; un autre appelé plus tard l'avait bien constatée et avait appliqué un appareil qu'il avait laissé longtemps en place. Le blessé était resté longtemps impotent; et dans les derniers temps de sa vie, il clochait encore et traînait sensiblement la jambe gauche. Tels furent les renseignements posthumes que nous pûmes recueillir; mais l'affaire importante était la dissection du cadavre.

Un premier coup d'œil jeté sur le genou montrait une fracture transversale avec un écartement des fragments d'environ trois travers de doigt. On pouvait les rapprocher jusqu'à la distance d'un travers de doigt, mais pas davantage. La jambe était amenée facilement à l'extension complète; mais la flexion ne dépassait pas l'angle droit; encore n'arrivait-elle à ce degré qu'à l'aide d'une impulsion très forte et qui produisait un craquement sensible dans l'articulation.

D'abord je mesurai l'intervalle compris entre la base de la rotule et l'épine iliaque. Cet intervalle pour le côté sain était de 49 centimètres, pour le côté malade de 46 centimètres; donc le fragment supérieur était remonté de 3 centimètres; cette conclusion était toute naturelle. Mais, par une autre conséquence, je m'attendais à retrouver cet intervalle de 3 centimètres entre les deux fragments; on peut donc juger de mon étonnement lorsqu'une exacte mensuration me fit voir les fragments écartés de 5 centimètres. Du moins en mesurant la hauteur des deux rotules devais-je m'attendre à trouver la rotule cassée plus longue que l'autre de 5 centimètres: nouvelle surprise; la hauteur de la rotule saine était de 5 centimètres; la rotule fracturée présenta 11 centimètres: différence, 6 centimètres. Tout cela était tellement étrange que nous vérifiâmes les mesures à plusieurs reprises; elles restaient exactement les mêmes, et il ne s'agit plus que de rechercher la cause de si étranges anomalies.

Ma première idée fut d'examiner le ligament rotulien. Il fut mesuré à sa face postérieure, où le point précis de l'insertion de ses fibres est si facile à reconnaître; à droite, sa longueur était de 6 centimètres, à gauche seulement de 3 centimètres. Ainsi, et pour mettre bien tous les éléments sous les yeux du lecteur, la distance totale entre l'épine iliaque et la tubérosité du tibia étant de 59 centimètres, cet intervalle était ainsi partagé :

	à droite	*à gauche*
De l'épine iliaque à la base de la rotule,	49 cent.	46 cent.
Hauteur de la rotule..........................	5	11
Longueur du ligament rotulien.................	6	3

Ainsi, premier point, le raccourcissement du ligament rotulien expliquait parfaitement comment l'alongement de la rotule étant de 6 centimètres, le fragment supérieur n'était

pourtant remonté que de 3; et ce qu'on n'aurait jamais osé présumer, ce qui pourtant était aussi clair que le jour, c'est que *le fragment inférieur avait été attiré en bas par la rétraction de son ligament, tout autant que le fragment supérieur en haut par la puissance de ses muscles.*

Ce premier point éclairci, il restait à s'expliquer comment la rotule cassée offrait 6 centimètres de plus que l'autre, tandis que l'écartement des fragments ne paraissait être que de 3 centimètres. Nous eûmes cette explication en divisant verticalement l'os et le cal fibreux; il fut évident alors que la différence appartenait par moitié à un véritable allongement osseux des fragments, et pour l'autre moitié à un renflement si épais et si solide du cal fibreux à ses deux insertions, qu'au toucher il semblait là faire partie des fragments osseux.

Les muscles rotuliens étaient beaucoup moins épais et plus pâles que ceux du côté sain, d'ailleurs infiltrés de graisse entre leurs fibres. Ainsi le vaste interne, à 8 centimètres au-dessus de la rotule, n'offrait que 22 millimètres d'épaisseur du côté blessé, tandis qu'il en avait 32 du côté sain. La peau avait partout l'aspect normal; mais au niveau du cal fibreux, le *fascia superficialis* était très épaissi et fortement adhérent aux couches sous-jacentes. La bourse sus-rotulienne était perdue dans ces adhérences, et il fut impossible d'en retrouver les moindres traces.

Sans compter ce renfort du *fascia superficialis,* en disséquant le cal fibreux près du fragment supérieur, on le décomposait en trois couches, savoir: 1° les fibres tendineuses qui recouvrent la rotule dans l'état normal; une partie de ces fibres se continuait directement avec le cal; les plus profondes, en quittant le fragment supérieur, se perdaient dans un très fort renflement fibreux qui faisait une saillie transversale en artière, à un centimètre environ au dessous du fragment osseux et dans une largeur de trois centimètres; 2° des fibres appartenant au périoste de l'os, et qui se perdaient dans le renflement indiqué; 3° enfin au-dessous l'on trouvait des fibres courtes, fibreuses, entremêlées de graisse, nées de toute la surface fracturée, et formant la masse du renflement indiqué, auxquelles elles donnaient une consistance très considérable.

Au total, sur toute la largeur de ce repli, le cal fibreux n'était donc constitué que par le *fascia superficialis* et le prolongement des fibres tendineuses les plus superficielles. Aussi était-il très mince au milieu, et il ne devenait un peu plus épais que sur les côtés, où le renflement disparaissait, et où toutes les fibres tendineuses, périostales et celles qui provenaient de la surface fracturée descendaient toutes ensemble jusqu'au fragment inférieur. L'idée que suggérait cette disposition était que le cal fibreux avait été rompu dans sa partie moyenne par quelque violence extérieure, et n'avait résisté que sur les côtés. Cette rupture ayant eu lieu très près du fragment supérieur, c'est là que le cal était le plus mince, et il allait en s'épaississant vers le fragment inférieur. Chose à noter et dont nous trouverons l'explication tout à l'heure, on ne distinguait sur ce fragment qu'une seule espèce de fibres qui paraissaient tendineuses; impossible d'en isoler le périoste ; et derrière ces fibres se trouvait un renflement fibro-adipeux prenant naissance de la surface supérieure du fragment.

L'étude des fragments était beaucoup plus curieuse. D'abord la fracture siégeait à peu près au milieu de l'os, à 3 centimètres du bord supérieur, 2 centimètres et demi de l'extrémité inférieure. Elle était à peu près transversale, un peu oblique toutefois en bas et en dedans, et offrant une surface un peu inégale; en outre, de chaque fragment principal paraissait avoir été détaché un fragment secondaire; en sorte que la fracture était triple en réalité. L'esquille du fragment supérieur avait été détachée de son angle externe; celle du fragment inférieur de son angle interne. Les deux esquilles s'étaient réunies chacune au fragment correspondant par un cal osseux d'une certaine largeur; car au niveau de ces esquilles, la rotule cassée offrait en travers une étendue de 6 centimètres et demi; tandis que la rotule saine, dans sa plus grande largeur, avait un centimètre de moins. A raison de la saillie de ces deux esquilles sur les côtés opposés, le fragment supérieur paraissait porté à un centimètre plus en dehors que l'inférieur.

Mais la fracture ne semblait pas horizontalement dirigée d'avant en arrière. On eût dit qu'elle s'était faite obliquement en arrière et en bas. Toutefois nous ne tardâmes pas à reconnaître que, pour le fragment supérieur, cette obliquité dépendait d'un léger renversement de ce fragment en haut et en arrière, comme il a été décrit dans la première partie de ce mémoire. Il en résultait que la face articulaire de ce fragment devait presser contre le fémur par sa partie supérieure; et de fait cette pression avait produit un effet fort étrange; à la partie antérieure du fémur, la synoviale présentait un orifice ovalaire de 22 millimètres de haut sur 15 de large, conduisant dans une arrière-cavité fort irrégulière,

parsemé de replis fibreux et de granulations adipeuses, et reposant sur un fond quasi-cartilagineux. La dissection montra que le fémur était légèrement déprimé en ce point, et un peu plus vascularisé; mais qu'il était recouvert d'un périoste épais, presque cartilagineux, et formant comme une gouttière transversale qui recevait la portion la plus élevée de la face articulaire du fragment supérieur. Cette face articulaire avait perdu presque tout son cartilage; il n'en restait qu'une petite portion ovale de 10 millimètres de haut sur 20 de large, qui se logeait précisément dans le creux que nous venons de décrire; le reste était tapissé par un périoste et une synoviale.

Le renversement était bien constaté pour le fragment supérieur; mais l'inférieur dérangeait toutes nos idées. En effet, pour peu qu'il eût été renversé, la surface fracturée aurait dû regarder en avant et en haut; et tout au rebours, elle semblait regarder en haut et en arrière. Ce phénomène demeura longtemps pour nous inexplicable, et ne fut expliqué que quand nous eûmes scié l'os verticalement. Alors le cartilage articulaire conservé sur ce que nous avions pris jusqu'alors pour la surface fracturée, nous montra que c'était bien la face articulaire tournée presque entièrement en haut; que la surface fracturée regardait en avant, la face antérieure en bas, l'angle inférieur en arrière. Ainsi non-seulement le renversement avait eu lieu; mais n'étant point gêné par la résistance d'un os comme pour le fragment supérieur, il avait produit cet effet prodigieux *d'imprimer au fragment inférieur une rotation presque égale à un quart de cercle.* Du reste, en vertu du temps écoulé, les vives arêtes de la surface fracturée étaient émoussées, et l'angle inférieur de l'os même était notablement aplati et comme usé.

Nous n'avions plus qu'à rechercher les causes de la roideur articulaire; et là encore mes prévisions furent trompées. Il n'y avait ni adhérences ni fausses membranes dans toute l'étendue de l'articulation; la synoviale était d'un jaune brun très-foncé, mais sans nulle apparence d'épaississement ou d'autre lésion organique. Il faut noter que cette teinte jaune n'existait pas sur les cartilages, ni sur la synoviale de formation nouvelle, comme à la face postérieure du cal fibreux. En avant, la synoviale montait aussi haut sur le fémur à gauche qu'à droite; mais, sur le membre blessé, elle ne se déprimait pas comme de coutume dans le creux sus-condylien. Ce creux était comblé par un tissu blanc, fibreux, très dense, d'aspect analogue aux cicatrices des brûlures.

L'articulation étant ainsi largement ouverte en avant, la jambe pouvait être fléchie un peu au delà de l'angle droit; il fallait donc attribuer à la rotule quelque part dans la résistance à la flexion. Il me parut que cela tenait surtout à la rencontre du fragment supérieur contre le rebord supérieur de la poulie fémorale. Mais évidemment il y avait un autre obstacle, puisque l'ablation même de la rotule ne permettait pas encore la flexion complète. En forçant la flexion, nous vîmes les ligaments croisés se tendre fortement; en rapprochant le talon de la fesse, j'entendis un craquement et je vis qu'ils avaient souffert une déchirure. Je ne finirai pas sans noter qu'à sa partie postérieure, où le mouvement ne se faisait pas pendant la vie, la synoviale reprenait peu à peu sa teinte normale, et était ainsi moins altérée qu'en avant où le mouvement s'était conservé.

Voilà une autopsie assez minutieuse; mais le lecteur m'excusera peut-être en réfléchissant qu'elle est la première de ce genre, et en considérant la nouveauté et l'importance des faits qui s'y sont révélés. Avait-on eu jusque-là la moindre idée de ce raccourcissement du ligament rotulien, qui peut perdre ainsi jusqu'à la moitié de sa longueur primitive? Aurait-on soupçonné un semblable renversement du fragment inférieur, renversement dont la rétraction du ligament rotulien est encore l'agent presque unique? Dans la roideur du genou, on accuse généralement la sécheresse de l'articulation ou des adhérences; et nous avons vu, en dehors de ces obstacles hypothétiques, un obstacle tout nouveau dans la rétraction des ligaments croisés; à laquelle il faut ajouter probablement l'engagement du fragment supérieur dans l'arrière cavité de la synoviale, et la rencontre de ce fragment avec le rebord de la poulie fémorale. Ce tissu de cicatrice remplissant le creux sus-condylien indiquerait-il aussi que la synoviale avait été là arrachée de l'os par la cause fracturante? Quoi qu'il en soit, la plupart de ces fâcheuses conditions doivent être légitimement rapportées au mode de traitement suivi, et c'est ainsi que cette longue autopsie devait tenir une place considérable dans ce mémoire.

D'ailleurs elle n'est déjà plus isolée. Etudiez les fractures de rotule déposées au musée Dupuytren; vous y retrouverez à divers degrés le renversement du fragment inférieur.

M. Malespine m'a fait voir tout nouvellement une pièce fraîche qui répète les principales circonstances de l'observation qui précède; et bien que des autopsies aussi longues soient un peu pénibles à lire, celle-ci vaut la peine d'être également rapportée.

IXe OBSERVATION.—*Double fracture transversale de la rotule; autopsie au bout de trois ans; raccourcissement du ligament rotulien; renversement complet du fragment inférieur.*

Le sujet était un aliéné âgé d'une quarantaine d'années, mort il y a quelques jours à l'hospice de Charenton. D'après les renseignements donnés par sa famille, la rotule gauche s'était cassée pour la première fois trois ans auparavant; en voulant lancer un coup de pied, le sujet avait perçu dans le genou un craquement subit et une douleur vive; et l'on avait appliqué un appareil qu'il avait gardé trois mois. Un peu plus tard, en montant les marches du Pont-Neuf, il avait fait un faux-pas; de là un nouveau craquement et une nouvelle fracture du même os, dans un autre point que la première. Les deux fractures semblaient donc avoir été opérées par l'action musculaire; toutefois cette hypothèse était fortement ébranlée par la présence de deux esquilles attenant l'une au fragment supérieur, l'autre à l'inférieur.

Quant aux suites, la marche n'était pas bien assurée, puisque le malade s'était fait confectionner une genouillière, qu'il portait habituellement. Son père ajouta qu'il ne boîtait pas même la genouillière ôtée. Je ne vis point le cadavre; mais j'eus sous les yeux les pièces assez complètes, le fémur, le tibia et la rotule des deux côtés.

Donc, au premier coup-d'œil, la rotule gauche paraissait divisée en trois fragments de volume presque égal, séparés par deux intervalles fibreux très considérables. La hauteur totale de l'os ainsi disjoint étant de........................ 13 centimètres et demi,

Le fragment supérieur avait...................... 3 centimètres,
Le premier intervalle fibreux.......................... 2 centimètres et demi,
Le deuxième fragment.......................... 2 centimètres et demi,
Le deuxième intervalle fibreux...................... 3 centimètres,
Le fragment inférieur.......................... 2 centimètres et demi.

Les fractures, en général transversales, semblaient peu régulières; le fragment moyen, par exemple, avait toute sa hauteur à sa face articulaire, tandis qu'en avant il ne présentait qu'un dos d'âne, comme si les deux fractures qui l'avaient isolé eussent été faites en biseau aux dépens de la face antérieure.—Le fragment inférieur présentait à son angle externe un petit fragment réuni par un cal osseux; le supérieur en offrait un analogue, mais à son angle interne. Malgré leur réunion osseuse, ces petits fragments débordaient notablement le bord naturel des gros fragments auxquels ils s'étaient rejoints; ainsi la largeur du fragment moyen, qui représentait exactement celle de la rotule saine, était de 47 millimètres; celle du fragment supérieur de 50, et celle du fragment inférieur de 53 millimètres. En même temps il convient d'ajouter que l'esquille du fragment supérieur dépassait un peu son bord inférieur, de même que l'esquille du fragment inférieur dépassait son bord supérieur.

Les deux portions fibreuses étaient d'une épaisseur très considérable au centre, d'où elles allaient en s'amincissant beaucoup sur les parties latérales. Ainsi pour la première, près du fragment supérieur, au centre, nous trouvâmes 9 millimètres d'épaisseur, et 6 millimètres plus bas, près du fragment moyen. Il y avait quelque chose de semblable pour la deuxième; près du fragment moyen, elle n'offrait que 6 à 7 millimètres d'épaisseur, tandis qu'elle en donnait 11 près du fragment inférieur. D'où il suit que l'épaisseur du cal fibreux diminuait à mesure qu'il s'éloignait des extrémités de la rotule : ou bien encore qu'il était d'autant plus épais qu'il s'insérait à de plus larges surfaces osseuses.

Et de fait, cette dernière conséquence se réalisait aux yeux, en mesurant l'épaisseur des deux fragments extrêmes près du bord où s'insérait le cal fibreux, et en les comparant à l'épaisseur du fragment moyen. Celui-ci n'avait que 13 millimètres; les autres chacun 2 centimètres; et du côté externe où cette épaisseur se maintenait le mieux, le cal fibreux était lui-même plus épais, tandis qu'il s'amincissait davantage du côté interne en rapport avec l'amincissement des fragments dans le même sens. Toutefois il est remarquable que le cal était plus épais près du fragment inférieur; et ceci fut vérifié une seconde fois pour ne pas laisser le moindre doute.

Des mesures étant prises également sur le ligament rotulien, nous constatâmes qu'il avait une étendue de 4 centimètres en arrière, depuis ses insertions visibles à la rotule jusqu'au point où le scalpel l'avait décollé du tibia. Le ligament du côté sain offrait 5 centimètres, le raccourcissement était donc d'un cinquième. Près de son insertion tibiale, le liga-

ment sain avait 3 millimètres d'épaisseur, et 6 millimètres à son insertion rotulienne. Le ligament raccourci offrait en bas 3 millimètres et demi d'épaisseur, allait en augmentant légèrement jusque près de la rotule, puis tout d'un coup se renflait pour recouvrir toute la surface osseuse qui se présentait à lui et n'offrait pas alors moins de 17 millimètres. L'épaisseur de la rotule tout près de cette insertion était de 23 millimètres ; et il est à noter que c'était ainsi une surface de 23 millimètres, sans sommet, ni angle, ni pointe, qui regardait ainsi directement en bas et recevait les insertions du ligament. Si le ligament n'occupait pas toute cette longueur, c'est qu'en arrière il y avait une pointe osseuse qui s'en détachait et n'était recouverte d'aucun tissu fibreux.

Quelle était cette pointe ? et d'un autre côté qu'était devenu l'angle inférieur de la rotule, remplacé par une si large surface ? En examinant avec attention le fragment inférieur, on était également frappé d'un autre phénomène, savoir : que la face postérieure, rugueuse, inégale, avec une saillie plus forte en bas qu'en haut, n'offrait aucune trace de cartilage articulaire. Ne pouvant scier la pièce, nous en étions réduits à la déduction toute logique qu'il y avait eu renversement du fragment comme dans l'observation précédente , c'est-à-dire que le sommet ou l'angle inférieur de la rotule regardait en arrière, la face antérieure en bas, la face articulaire en haut ; et que la surface fracturée, qui aurait dû naturellement regarder en haut, était tournée directement en avant, de façon à être prise par un observateur inexpérimenté pour la propre face antérieure. Mais, toute légitime qu'elle fût, cette déduction ne pouvait remplacer la preuve matérielle et visible ; je me permis donc de faire sur un côté du fragment une très petite incision qui suffit cependant pour mettre en toute évidence le cartilage articulaire regardant en haut et recouvert par les insertions du cal fibreux. Par là aussi s'expliquaient les différences d'épaisseur du fragment offrant 2 centimètres en haut et 23 millimètres en bas, ce qui est tout le contraire de l'état normal.

Les choses ainsi vérifiées, il était facile de mesurer à quelle hauteur avait eu lieu la fracture qui avait séparé ce fragment des autres. Elle se trouvait à 21 millimètres de l'angle inférieur, était à très peu près transversale ; dans l'épaisseur du cal fibreux, on sentait une crête dure qui semblait s'élever du cartilage articulaire ; mais l'exploration avec une épingle montra que ce n'était point une concrétion osseuse , comme le tact aurait pu le faire supposer.

Nous n'avions rien à rechercher sur le fragment moyen, puisque le principal moyen d'exploration, la section par la scie, nous était enlevé.

Mais il était curieux de voir si le fragment supérieur n'aurait pas subi lui-même quelque renversement. La face antérieure n'indiquait rien à cet égard, les aspérités du bord de la fracture étant aplanies par l'effet du temps. Vu par sa face postérieure, ce fragment semblait d'abord déjeté beaucoup en dedans ; car un fil d'aplomb tombant au milieu du ligament rotulien répondait à 15 millimètres seulement en dedans de son bord externe. Manifestement aussi il était plus rapproché du fragment moyen par son côté interne, même sans faire état de la saillie en ce sens de sa petite esquille. Enfin son bord supérieur semblait plus incliné en dedans que de coutume, et la crête saillante du cartilage conséquemment un peu plus inclinée en dehors. Voilà pour le déjettement en dedans.

Il paraissait de plus être renversé en haut et en arrière, par un mouvement analogue à celui du fragment inférieur, non pas pourtant porté si loin. Ainsi en tenant la pièce suspendue au tendon rotulien, la face cartilagineuse était portée plus en arrière de 6 millimètres par en haut que par en bas. On eût dit même que ce renversement n'avait été borné que par le fémur ; le frottement qui en était résulté avait produit un effet considérable, c'est-à-dire que le cartilage articulaire, visible sur presque toute cette face, était absolument détruit à la partie supérieure de la facette externe, là où la saillie en arrière était la plus forte ; et l'os même avait subi, sans altération morbide, une perte de substance d'un à 2 millimètres d'épaisseur. Au contraire, par en bas, le cartilage était recouvert par du tissu fibreux qui s'y insérait très bien sans que les deux tissus se fondissent l'un dans l'autre ; et une incision les montrait nettement avec leur apparence propre et naturelle. Il faut dire cependant que l'épaisseur en était fort diminuée ; au centre de la rotule saine, le cartilage était épais de 9 millimètres ; en aucun point de la rotule fracturée il n'en avait plus de trois ou quatre. Enfin la surface représentée par la base de l'os paraissait plus horizontale que de coutume ; conséquence nécessaire du renversement qui vient d'être décrit.

L'articulation était largement ouverte, et la pièce avait été plongée dans l'alcool camphré ; nous ne pûmes donc constater jusqu'où s'étendait la flexion et par quel obstacle elle était limitée. Il n'y avait du moins aucune sorte d'adhérences ; la synoviale était blanche. Elle

offrait en avant et en haut une ouverture avec une petite cavité qui répondait à la face articulaire du fragment supérieur; au dessous de cette cavité les tissus étaient imbibés de sang, mais non encore convertis en cartilage. Peut-être le fémur était-il légèrement déprimé en ce point.

Enfin, le cartilage de la poulie fémorale était aminci et même en partie détruit à sa partie supérieure.

Une double fracture transversale de la rotule est bien rare; et jusqu'ici c'est le seul exemple qui en soit venu à ma connaissance. Je regrette beaucoup de n'avoir pas obtenu plus de renseignements, comme aussi de n'avoir pu compléter la dissection par la section des fragments osseux ; mais les détails de la première autopsie suppléeront facilement à ce qui manque à celle-ci. Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est ce renversement si complet du fragment inférieur, bien que le raccourcissement du ligament ne dépassât pas un cinquième de sa longueur primitive. La cavité accidentelle de la synoviale était moins profonde que dans le premier cas. Si la fracture avait été plus ancienne, se serait-il à la fin formé une cavité articulaire? Cela me paraît fort probable; peut-être même cela s'était-il réalisé dans deux cas assez obscurément décrits; l'un par Walther qui le rapporte à une luxation en haut de la rotule, l'autre par M. Cruveilhier, dont voici les propres paroles :

« *Le fragment supérieur était reçu dans une cavité accidentelle, creusée au dessus des condyles, et recouverte par une substance fibreuse lisse, sans cartilage.* »

Cela veut-il dire qu'elle était vraiment creusée sur l'os? c'est ce que je ne veux point décider.

Le raccourcissement du ligament rotulien est assurément l'œuvre de la nature; mais il restait à savoir si le raccourcissement du fragment inférieur était également spontané, ou s'il avait besoin de la pression de quelque appareil pour se produire. Or, j'ai précisément dans mon service à l'hôpital clinique, une femme qui permet de résoudre cette dernière question; elle porte une fracture de la rotule droite depuis quatre mois et demi seulement; elle a été traitée par le séjour au lit, mais sans aucun appareil, et même sans le plus simple bandage; et cependant déjà, outre une roideur excessive, elle offre un raccourcissement notable du ligament rotulien et un renversement sensible du fragment inférieur. J'aurai probablement à publier plus tard l'observation de cette femme, que j'essaie actuellement de guérir de sa roideur.

De tous les faits rapportés jusqu'ici, il est permis de conclure je pense,

1° Qu'il est dangereux de maintenir le membre dans une immobilité trop prolongée; et j'ajouterai ici, d'après ma propre expérience, que 30 à 35 jours suffisent pour la consolidation soit fibreuse, soit osseuse; et qu'après ce terme expiré il convient d'exercer le membre ;

2° Que l'appareil, quel qu'il soit, ne doit être appliqué qu'après la chute de l'inflammation, et que celle-ci doit être préalablement combattue avec énergie;

3° Que tout appareil doit agir à la fois sur les deux fragments, pour s'opposer à la rétraction du ligament rotulien et au renversement du fragment inférieur.

Mais enfin, en prenant contre la roideur consécutive de la jointure toutes les précautions convenables, la liberté des mouvements étant recouvrée, est-il vrai, comme l'ont cru plusieurs chirurgiens, que le cal fibreux qui réunit les deux fragments ne sera pas pour le malade une cause incessante de gêne et même de péril? Camper, s'appuyant sur des observations assez nombreuses, déclarait que si dans les premiers temps la faiblesse du genou et la claudication étaient inévitables, il suffisait d'une année ou quelque peu plus pour rendre au membre toute sa force, permettre aux sujets de monter et descendre un escalier sans difficulté; et il concluait que la fracture en travers de la rotule n'était nullement grave, *pourvu que l'on n'essayât pas la réduction et la consolidation des fragments.* C'était aller fort loin; car il citait lui-même le cas d'une dame, qui, portant à la vérité un écartement de trois travers de doigt, au bout de quatre années boîtait encore. B. Bell corrigea cette exagération, et limita à un pouce l'écartement qui permettait au genou

de redevenir aussi solide que l'autre. Boyer a copié Bell ; mais M. Velpeau, revenant aux idées de Camper, affirme qu'il a vu des fractures avec *deux ou trois pouces d'écartement* qui n'avaient pas empêché les fonctions de la jambe de se rétablir ; et la plupart des chirurgiens, en admettant quelque incommodité peut-être, ne semblent pas du moins se douter qu'il y ait le moindre péril.

Quant à l'incommodité, je déclare que, pour mon compte, je l'ai toujours trouvée constante ; et je ne puis m'expliquer les assertions contraires que par quelque inexactitude dans l'examen. Lorsque je soutenais mon opinion dans le commencement, plus d'une fois je m'entendis opposer la guérison de M. A. C., qui fait le sujet de ma quatrième observation, de telle sorte que je me crus obligé de la vérifier moi-même. On a vu à quoi se réduisait cette guérison, vue de près. Outre une flexion très limitée, une méfiance continuelle de la solidité de son membre, qui l'empêche d'aller à cheval au trot, de monter deux degrés à la fois, et même de courir un peu fort sur un plan uni, le blessé est devenu incapable de porter un fardeau un peu lourd, le genou menaçant de fléchir sous le poids. Et cependant l'écartement est de beaucoup moindre d'un pouce ; il ne dépasse pas 22 millimètres.

Mais si, à la place d'un homme de loisir, ou adonné à une profession libérale, on a affaire à un ouvrier, les conséquences sont bien autrement graves. J'ai vu un tourneur obligé de renoncer à son état, faute de pouvoir se tenir debout sur sa jambe ; les forts de la halle perdent le tiers ou moitié de leur force pour porter des fardeaux ; le sujet de ma 6e observation était tombé de 200 kilogrammes à 125 ; celui de la 3e, plus malheureux encore, au lieu de 600 livres n'en pouvait plus guères porter que 200, ayant ainsi perdu les deux tiers de sa force. Ajoutez que les longues courses deviennent très fatigantes ; et par exemple ce même malade de la 6e observation, qui faisait avant sa fracture 15 à 20 lieues, était obligé, plus tard, de terminer sa journée après une route de dix à douze.

Il y a alors, lorsque la roideur a à peu près disparu, un phénomène curieux qui n'avait pas été suffisamment apprécié. Ainsi la plupart des auteurs ont écrit que les blessés fatiguent surtout en montant ; et dans la plupart des observations jusqu'ici rapportées, nous avons vu la montée plus facile que la descente. C'est que pour descendre un escalier, il faut fléchir la jambe à un degré difficile à atteindre lorsque le genou a conservé quelque roideur ; et la roideur est conséquemment le principal obstacle. Quand la flexion est devenue suffisamment libre, il reste la faiblesse du genou, dépendant à la fois de l'allongement de la rotule et de sa réunion imparfaite ; delà le besoin d'un effort plus qu'ordinaire pour relever la cuisse et tout le corps sur cette jambe lorsqu'on l'a posée sur la marche supérieure. On voit donc que, suivant les cas, la difficulté est plus grande, soit pour la montée, soit pour la descente ; mais l'un et l'autre exercices restent toujours fatigants, surtout lorsque les marches sont un peu hautes ; et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à faire monter ou descendre deux ou trois marches à la fois aux blessés dont le genou paraît le plus solide, pour voir aussitôt la gêne et l'embarras reparaître.

Cette faiblesse de l'appareil extenseur est généralement en rapport direct avec les deux conditions suivantes, la longueur plus grande du cal fibreux et sa moindre épaisseur. Tantôt l'extension peut se faire complétement, mais avec si peu de force qu'elle ne saurait se maintenir contre le moindre effort ; tel était le cas de notre sixième malade qui ne pouvait tirer son bas qu'en renversant la jambe de côté ; tantôt, comme dans ma troisième observation, l'extension n'est même pas complète. Camper a dit, à la vérité, qu'au bout d'un an ou plus, la force revenait dans le membre ; mais bien qu'une semblable attente soit déjà fort pénible, l'exemple de Pierre Doucet montre assez que le pronostic de Camper est fort incertain. On comprend combien une semblable disposition doit rendre la marche douteuse et les occasions de chutes fréquentes : « *Nous connaissons à Paris*, dit Boyer, *plusieurs personnes qui sont dans ce cas, et qui ont été obligées d'adopter l'usage d'une genouillière propre à empêcher la flexion du genou, mais qui n'empêche pas que la marche ne soit très pénible et ne puisse avoir lieu qu'avec le secours d'un bras, d'une canne ou d'une béquille.* »

Enfin l'infirmité peut aller plus loin encore. John Hunter rapportait, dans ses Leçons de chirurgie, l'histoire d'une dame qui, ayant eu la rotule fracturée, et ayant été traitée sans appareil, avait absolument perdu l'usage de son membre, et ne pouvait bouger de place qu'au moyen d'une chaise à roulettes. Lorsqu'elle était assise sur une table ou sur une chaise élevée, on faisait facilement mouvoir sa jambe en avant et en arrière; mais les muscles rotuliens ne se contractaient point, et les mouvements étaient tout à fait passifs. Ce triste état de choses durait déjà depuis plusieurs années lorsque Hunter la vit; après avoir passé toute une nuit à méditer sur le cas, le grand chirurgien recommanda à la malade d'essayer de mouvoir volontairement le genou, et de renouveler cet essai aussi souvent que possible, tous les jours durant un mois. D'abord ces essais n'eurent aucun résultat; puis peu à peu le mouvement revint, et la dame put marcher au bout de trois ou quatre mois. A. Cooper, instruit par l'exemple de Hunter, obtint un succès tout semblable chez une jeune dame qui, par suite de fracture des deux rotules, avait absolument perdu depuis huit mois l'usage de ses jambes.

Ce n'est pas tout, et d'autres périls naissent pour les malades de la réunion incomplète de la rotule.

On trouve dans le recueil de Schenkius, une observation fort concise d'Isaïe Meuschner, touchant le secrétaire du marquis de Bade qui, après avoir eu la rotule rompue d'un côté, s'était brisé l'autre rotule; mais ce fait était resté inaperçu et oublié, lorsque Bromfeild, près de deux siècles plus tard, observa le premier que la faiblesse de la jambe blessée obligeant les sujets à reporter le poids du corps sur l'autre jambe, la rotule saine, soumise à des efforts incessants et plus puissants qu'à l'état normal, est exposée à se rompre par la seule traction musculaire. Camper dit avoir vu de nombreux exemples de cette fracture secondaire *et chez des hommes et chez des femmes;* A. Cooper l'a vue aussi fréquemment arriver; et il rapporte le fait d'une jeune dame à laquelle il avait prescrit une genouillière pour une rotule mal réunie, en vue seulement de préserver l'autre rotule. M. Velpeau a traité une dame qui se cassa la seconde rotule 18 mois après la fracture de la première. Pour mon compte, je n'ai vu qu'un seul cas de ce genre, encore peut-être un peu équivoque; je le rappellerai tout à l'heure.

Il est beaucoup plus fréquent de voir le cal fibreux se rompre par suite d'une chute ou d'un effort; et l'on n'a pas donné à cet accident toute l'attention qu'il mérite. Heister est le premier qui en fasse mention; *je sais,* dit-il, *que cette rupture est arrivée chez plusieurs sujets, et j'en ai été témoin moi-même.* Morgagni en rapporte deux cas, dont l'un déterminé, par une flexion violente du genou, sur une rotule dont les fragments n'offraient qu'un travers de doigt d'écartement. A. L. Richter en a vu aussi un cas, et il cite de plus un sujet observé par Ortalli qui, dans l'espace de six ans, s'était rompu quatre fois le cal fibreux. On lit dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie,* l'histoire d'un homme traité en 1813, à l'Hôtel-Dieu, d'une première fracture de la rotule, et qui y rentra pour une seconde arrivée quatre-vingts jours après. Un exemple plus récent a été observé à la clinique de M. Roux en 1841 : Un tailleur de pierre, à la suite d'une fracture de la rotule, avait l'articulation très roide; dans un mouvement trop brusque pour déterminer la flexion, le cal fibreux se rompit, et il fallut réappliquer de nouveau le bandage. M. Velpeau a donné l'observation d'un garçon tonnelier, *parfaitement guéri* d'une fracture de la rotule au 40e jour, et qui, un mois plus tard, se rompit le cal fibreux dans une chute. Enfin nous avons vu, dans le dernier concours pour une chaire de clinique, une jeune femme qui échut pour sujet de leçons à l'un des compétiteurs, et qui s'était aussi rompu quatre fois la rotule; et la dernière fois notamment en sortant de la mairie où étaient affichés les bancs de son mariage.

Dans tous ces cas, la rupture n'avait engendré aucun et sérieux accident; à part peut-être le tailleur de pierre de l'Hôtel-Dieu, qui sortit avec des béquilles, tous les autres se trouvaient, après un traitement convenable, aussi *parfaitement guéris* qu'auparavant. Triste guérison, qui laisse exposé à des récidives de cette nature! Je ne sais, du reste, s'il faut prendre au sérieux l'anecdote racontée par Bromfeild d'un chirurgien de Lon-

dres, tellement ennemi de la réunion de cette fracture que, pour la rompre, il renversa une fois d'un coup de pied l'une des béquilles sur lesquelles se soutenait un blessé, et obtint de la chute tout le résultat qu'il en attendait. Que l'histoire soit vraie ou controuvée, il n'en demeure pas moins bien établi que la réunion fibreuse ne saurait équivaloir pour la solidité à un cal osseux, et qu'elle est beaucoup trop sujette à se rompre.

Est-ce là tout du moins; et la réunion fibreuse de la rotule n'expose-t-elle pas le blessé à des conséquences plus graves encore?

« J'ai vu, dit Charles Bell, un effroyable accident suivre la cure imparfaite d'une fracture de la rotule. L'os était réuni par un ligament, et ce ligament était adhérent à la peau, de telle sorte que celle-ci avait perdu beaucoup de sa souplesse. Le pauvre homme portant une charge, son genou ploya sous lui, il tomba en arrière, et toute la partie antérieure de l'articulation fut ouverte par déchirure. Il fallut amputer le membre. »

Ch. Bell avait été tellement frappé de ce fait, qu'il ne renvoyait ses malades de l'hôpital qu'en leur faisant porter une attelle derrière le genou. Je n'ai pas trouvé dans les auteurs d'autre exemple d'une aussi triste terminaison; mais j'ai eu l'occasion d'en voir un moi-même; et c'est par cette observation que je terminerai ce travail.

X^e OBSERVATION.—*Fracture ancienne de la rotule; rupture du cal fibreux avec récidive terminée par la mort.*

Le nommé Dentu, tabletier, âgé de 61 ans, portait depuis plusieurs années une fracture en travers de la rotule gauche, réunie par un cal fibreux; et déjà une première fois il avait eu ce cal fibreux rompu et de nouveau réuni, lorsque, le 7 février 1839, ayant fait un faux pas, il tomba à la renverse et ressentit à la fois un fort craquement et une vive douleur dans le genou gauche. Le genou se gonfla presque aussitôt; il fallut reporter chez lui le malade, et le lendemain il entra à l'hôpital de la Charité, où je faisais le service vacant par la mort de M. Guerbois.

Le lendemain, à la visite, je trouvai le genou considérablement tuméfié, la peau de la région antérieure tellement ecchymosée qu'elle en était presque noire; le gonflement était arrondi et comme sphérique en avant, dur et résistant à la pression; et la douleur très vive. Le sujet fut saigné; le membre couché sur des coussins, recouvert de topiques émollients, et tout parut d'abord aller à souhait.

Mais, vers le 5^e jour, alors que l'ecchymose avait diminué à la circonférence, une portion des téguments restée brunâtre tourna manifestement à la gangrène. Elle devint noire, sèche, et forma une escarre de 4 centimètres de longueur sur 3 de large. Je la fis recouvrir de poudre de quinquina, et j'attendis, non sans une grande inquiétude. En effet, vers le 18, l'escarre commença à se détacher à sa partie supérieure; le 20, cette ouverture agrandie communiquait directement avec l'articulation, dont il sortait un pus sanieux. La santé générale se soutenait encore, le malade était sans fièvre; je revins aux cataplasmes émolliens. Le 22, une petite fièvre continue s'empara du malade; le 24 il était pâle, taciturne; un stylet introduit par la plaie arrivait directement sur les condyles du fémur; et il sortait de l'article une abondante quantité de pus séreux. Je fis des injections avec une décoction de quinquina, et je recouvris la plaie de charpie trempée dans le même liquide. Les jours suivants, l'état général n'avait pas trop faibli; seulement un empâtement assez considérable avait envahi la partie externe de la cuisse, lorsque le 1^er mars survint brusquement une aggravation de tous les symptômes; affaissement général; à peine est-il possible de fixer l'attention du malade; le pouls, très petit, est monté à 120 pulsations; un vaste abcès communiquant avec l'articulation, a soulevé la peau de la partie externe de la cuisse. M. Gerdy qui avait repris le service, pratiqua une incision longitudinale dans toute la hauteur du décollement, et fit panser à plat avec de la charpie imbibée de vin aromatique. Le 2 mars, le malade était tombé dans un coma profond, la suppuration était presque entièrement tarie; la mort arriva dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva un décollement beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait soupçonné pendant la vie. La peau était détachée en haut jusqu'à la racine du trochanter, et en travers dans près de la moitié de la circonférence du membre. Les deux fragments de la rotule étaient séparés par un intervalle de 5 à 6 centimètres, dans lequel on retrouvait à peine des débris du cal fibreux. La poulie fémorale ainsi mise à nu avait perdu son cartilage, et le

tissu osseux y paraissait même érodé; les cartilages étaient ramollis et décollés dans une grande étendue sur les condyles.

Le fragment supérieur n'avait presque pas subi d'altération à l'extérieur; mais la face articulaire était notablement déformée. Une sorte de zone, en croissant de 8 à 15 millimètres de largeur, occupait sa partie supérieure, et était revêtue de périoste, sans trace de cartilage. La portion restée cartilagineuse était aplatie, ayant 3 centimètres de large sur un et demi de haut, limitée en haut par la zone susdite, en bas par un rebord osseux saillant courant tout le long de la fracture, qui paraissait à très peu près transversale. La hauteur totale de ce fragment allait à 3 centimètres; il n'avait d'ailleurs nullement souffert de la suppuration.

Le fragment inférieur, au contraire, était presque entièrement dépouillé de son cartilage, mais par l'effet de la suppuration; et l'os même était érodé dans une grande partie de la face articulaire. Ce fragment paraissait formé de deux portions; l'une, représentant sa forme primitive, avait pourtant 2 centimètres et demi de hauteur, ce qui aurait fait pour la rotule entière 5 centimètres et demi, tandis que celle du côté sain n'en avait que 4 et demi tout au plus. Mais, en outre, de la surface fracturée s'élevait un prolongement osseux de 2 centimètres et demi de long sur près d'un centimètre de hauteur, véritable cal osseux qui semblait aller au-devant du fragment supérieur; celui-ci n'offrait rien de semblable, sauf le rebord osseux postérieur dont il a été question, et de très petits tubercules osseux le long du bord antérieur de la fracture.

J'avais fait détacher l'autre rotule pour me servir du terme de comparaison. Je fus très surpris de trouver à sa face articulaire une solution de continuité du cartilage occupant toute sa largeur et son épaisseur, à peu près transversale, toutefois avec une légère convexité supérieure. Aux deux extrémités, la réunion paraissait s'en être faite dans l'étendue d'un à deux millimètres; au centre il n'y avait rien de semblable. Au côté interne, il semblait y avoir une petite crête osseuse accusant aussi une consolidation. A la face antérieure, l'os présentait une gouttière transversale peu profonde, mais ayant bien 5 millimètres de largeur, et interrompue seulement près du bord interne.

Que voulait dire cette apparence de la rotule droite? Je pense qu'il y a eu là une fracture consolidée sans écartement à la face postérieure, avec un léger écartement à la face interne; mais la date et l'occasion de cette fracture sont un problème. Le genou droit paraissant tout à fait sain, aucune question ne fut faite à cet égard au malade; et il est à peu près certain que lui-même ne se doutait pas qu'il eût eu une fracture de ce côté. Provenait-elle de la même cause qui avait déterminé la fracture primitive ou la rupture secondaire de la rotule gauche, ou bien avait-elle été produite à la suite, et parce que le malade, moins solide sur la jambe gauche, reportait le poids du corps sur le pied droit? Peut-être aussi quelques-uns ne verront-ils pas là des preuves suffisantes de fracture; au reste j'ai fait dessiner les deux rotules dans l'atlas du *Traité des Fractures et des Luxations* que je prépare en ce moment.

Je ne ferai pas de bien longues réflexions sur le reste de l'observation. Peut-être eussions-nous dû imiter Ch. Bell et recourir résolument à l'amputation de la cuisse; ressource extrême et presque aussi grave que le mal. Quoi qu'il en soit, voici un homme guéri d'une fracture de la rotule par la guérison ordinaire, et qui est mort par les suites et en quelque sorte par le fait de sa prétendue guérison. C'est un cas rare, dira-t-on: heureusement; faudrait-il donc qu'il se représentât fréquemment pour émouvoir les praticiens, et les obliger enfin à changer de méthode?

Que dirais-je de plus? Le traitement presque universellement suivi pour les fractures de la rotule, aboutissant à de tels résultats, est véritablement la honte de l'art; et du reste plusieurs chirurgiens ont très bien senti que ce n'était pas la peine d'y recourir et qu'autant valait abandonner ces lésions à la nature. Mais quand la nature se trahit elle-même à ce point, est-ce donc le cas de s'y confier, de croiser les bras, de repousser même avec une sorte de dédain des ressources dont la puissance au moins ne saurait être niée? La seule question est alors de savoir si l'innocuité du traitement nouveau égale son énergie; or, l'expérience a déjà répondu; et, maintenant que le terrain est préparé, je me propose, dans un prochain mémoire, de dire comment je procède et quels résultats j'ai obtenus.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

RELEVÉ GÉNÉRAL DU SERVICE ORTHOPÉDIQUE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS.

L'orthopédie a tenu une assez grande place dans l'histoire chirurgicale du mois qui vient de s'écouler. Nous ne parlons pas de deux discussions avortées à l'Académie de médecine, et qu'il faudra bien reprendre quelque jour; mais un fait infiniment plus grave a excité une certaine émotion dans la chirurgie parisienne.

La *Gazette médicale* du 11 juillet contenait, sous le titre de *Relevé général du service orthopédique de l'hôpital des Enfants*, un tableau statistique des malades traités par M. Guérin, *en réponse*, disait le journal, *aux personnes qui ont contesté l'utilité d'un service spécial des difformités dans les hôpitaux, et à celles qui mettraient encore en doute l'efficacité de l'orthopédie.* Ce tableau avait été adressé au Conseil général des hôpitaux, reproduit dans plusieurs journaux politiques; et il annonçait de tels résultats, que tout d'abord un médecin qui s'est autrefois occupé d'orthopédie, M. Maisonabe, en révoqua en doute la sincérité dans deux lettres successives, publiées par la *Gazette des hôpitaux*. Nous ne voulons pas, quant à présent, rechercher jusqu'à quel point étaient fondées les critiques de M. Maisonabe; nous regrettons seulement qu'il les ait revêtues de formes peu usitées dans la polémique contemporaine; l'injure et la violence feraient tort aux meilleures raisons. Mais une plus rude attaque a été dirigée contre la statistique de M. Guérin, par la *Gazette des hôpitaux* même, dans un article également remarquable par le fond et par la forme, et qui ne pouvait demeurer sans réponse.

M. Guérin a d'abord répondu lui-même aux accusations de M. Maisonabe. Dans sa lettre du 7 juillet, cherchant à qui devait revenir la responsabilité de la statistique publiée, il déclarait bien qu'elle n'avait pas été rédigée par lui, mais par MM. Brochin, Dechambre et Kuhn; mais, d'un autre côté, il l'adoptait sans nulle réserve, dans ces propres termes : *Relativement au relevé, je le maintiens parfaitement exact, et je défie qui que ce soit de fournir aucune espèce de preuve du contraire.* En même temps, MM. Brochin, Dechambre et Kuhn, tout en se déclarant les auteurs du tableau, ajoutaient : *Nous croyons savoir que les observations détaillées seront publiées par le chef du service en temps convenable, avec le nom et l'adresse des sujets. Si l'on désirait immédiatement d'autres renseignements, on pourrait s'adresser directement à M. Guérin.*

Quant à cette promesse ambiguë de publier les observations *détaillées*, il suffira de dire que le tableau ne comprend pas moins de 1,394 sujets, pour juger si elle peut passer pour sérieuse. Mais, au total, M. Guérin ayant les observations, possédant tous les renseignements, attestant l'exactitude du relevé, c'était donc à lui qu'il fallait s'adresser, et c'est à lui que s'adressait la *Gazette des hôpitaux* dans l'article déjà cité. Cette fois, M. Guérin, malheureusement conseillé à notre avis, a gardé le silence; et MM. Brochin, Dechambre et Kuhn ont élevé cette étrange prétention de se poser comme les vrais champions du débat, laissant M. Guérin en dehors, ou plutôt le masquant généreusement de leurs poitrines; et après une réponse telle quelle, déclarant dédaigneusement que, *quelles que soient les attaques dont leur relevé sera ultérieurement l'objet, ils s'abstiendront de toute réplique.*

En ceci, nous estimons qu'il y a une grande erreur, si l'on croit que le public chirurgical se tiendra pour satisfait, et, comme disent ces messieurs, *suffisamment édifié sur les faits du procès.* En ce qui nous concerne, nous avions voulu, dès l'abord, nous charger de l'examen critique du relevé de M. Guérin, et lui demander les éclaircissements qui nous paraissaient nécessaires; cette tâche ayant été remplie et bien remplie, nous avons cru devoir attendre les éclaircissements demandés. Et ils sont d'autant plus indispensables que l'article de la *Gazette des hôpitaux* n'a pas tout dit; qu'il est question dans le public de revers graves dont il n'est fait aucune mention dans le relevé; pour en citer un exemple, M. Velpeau, homme compétent, a vu un strabique opéré à la consultation de M. Guérin, et qui a perdu complétement la vue du côté opéré; tandis que, pour les strabismes, le relevé ne parle que de *guérisons complètes* et *d'améliorations.*

Nous n'attachons pas une bien grande importance à quelques erreurs de ce genre, surtout dès que le tableau n'a pas été dressé par M. Guérin lui-même; mais, puisqu'il a eu le malheur de le publier, il comprendra sans doute qu'il lui appartient d'en vérifier l'exactitude et d'en donner, s'il y a lieu, la rectification.

SUR LES CARACTÈRES DISTINCTIFS DES DIVERS GENRES DE BÉGAIEMENT *et sur les moyens curatifs qui leur conviennent*, par M. COLOMBAT.

Après l'orthopédie, c'est le bégaiement qui a fait le plus de bruit, au moins dans les deux académies. Réveillé en sursaut par le paquet cacheté de M. Jourdan, qui, à ce qu'il paraît, a guéri un malade qu'il avait autrefois guéri lui-même, M. Colombat a frappé deux fois à la porte de l'Institut, rappelant que, depuis 15 ans, il a traité près de 800 bègues; que son ouvrage sur la matière a reçu de l'Institut même un prix de 5000 francs, et demandant vainement un tour de faveur pour lire son mémoire. Il a été plus heureux à l'Académie de médecine; et voici l'analyse de ce travail, qui mérite véritablement une sérieuse attention :

Selon M. Colombat, le bégaiement est une affection de nature essentiellement nerveuse, dont le caractère principal est la répétition par secousses convulsives d'un plus ou moins grand nombre de syllabes, ou la suspension momentanée de la voix articulée devant certaines lettres ou certains mots.

Considéré sous le rapport de ses formes, le bégaiement peut être divisé en deux classes principales.

La première, que l'auteur désigne sous le nom de *choréique*, consiste dans une sorte de chorée des lèvres, et dans la succession plus ou moins rapide de mouvements ou convulsions cloniques de la langue, de la mâchoire inférieure et de tous les muscles de l'articulation.

La seconde espèce de bégaiement, auquel il donne l'épithète de *tétanique*, est caractérisée par une sorte de roideur tétanique ou spasme tonique de tous les muscles de la respiration, et principalement de ceux du larynx, du pharynx et de la base de la langue. Ce genre de bégaiement, qui se fait surtout remarquer sur les lettres gutturales, est toujours accompagné d'efforts pénibles pour articuler, et se distingue surtout par une expiration anticipée, par quelques intervalles de silence, par l'immobilité de la langue, par le resserrement de la glotte, par un sentiment de pression sur la partie inférieure de la poitrine, enfin par une sorte de suffocation momentanée.

Ce qui distingue encore le bégaiement tétanique du bégaiement choréique, c'est que les personnes chez lesquelles ce dernier genre prédomine sont plus vives, plus nerveuses, et parlent ordinairement très vite et sans efforts; mais en faisant entendre presque continuellement les répétitions, BBB, FFF, MMM, etc.: au contraire dans le bégaiement tétanique, les bègues parlent lentement, sans se presser, mais en faisant toujours des efforts.

Ces deux genres de bégaiement, qui souvent sont réunis chez le même individu, offrent plusieurs variétés qu'il est important de signaler. Le premier compte quatre variétés qui sont: 1° le bégaiement choréique *loquax* ou avec bredouillement; 2° le choréique *difforme ;* 3° l'*aphone,* ou bégaiement des femmes; 4° le choréique *avec sesseyement.* Le second genre comprend six variétés qui sont: 1° le bégaiement *tétanique muet;* 2° l'*intermittent*; 3° le *choréiforme;* 4° le *canin;* 5° l'*épileptiforme*; 6° le bégaiement avec *baryphonie* ou balbutiement. Ces distinctions sont loin d'être sans importance; car elles font le plus souvent la base du pronostic et du traitement.

Parmi les moyens curatifs qui constituent ce que M. Colombat appelle la *Méthode orthophonique*, le rhythme est un de ceux sur lesquels il insiste le plus dans un grand nombre de cas; le plus souvent toutefois, ce régulateur parfait de tous nos mouvements n'exerce son heureuse influence que dans le milieu des mots et des phrases, c'est-à-dire que la mesure n'est réellement efficace que lorsqu'on est parvenu à articuler les premières syllabes, qui ordinairement décèlent le plus l'infirmité des bègues. Mais comme la plupart de ceux-ci ne peuvent se soumettre toujours, en parlant, à l'emploi du rhythme, qui d'ailleurs suffit rarement lorsqu'il est employé seul, M. Colombat a recours à un moyen très simple, facilement applicable, et qui est surtout très utile dans les variétés de bégaiement du genre choréique; ce moyen consiste à parler en écartant les commissures des lèvres, de telle sorte que ces organes soient tendus à peu près comme dans l'action de rire. Dans cette position, le bégaiement labial est presque impossible, et la langue, qui se trouve ainsi naturellement portée en arrière, rend beaucoup plus facile l'articulation des autres lettres. Du reste, pendant les exercices qui ont lieu devant lui, M. Colombat a recours, suivant les cas, à divers autres agents orthophoniques qu'il emploie surtout dans les variétés du bégaiement tétanique.

Les bégaiements de ce genre, qui sont beaucoup plus nombreux, doivent être combattus par un autre ordre de moyens, c'est-à-dire par une sorte de gymnastique pectorale, laryngienne, gutturale, linguale et labiale. Cette gymnastique consiste à faire une inspiration, et à refouler en même temps la langue dans le pharynx, en portant la pointe renversée de cet organe vers le voile du palais, en même temps qu'on tend les lèvres comme dans le bégaiement choréique. Souvent, au lieu de faire tendre transversalement les lèvres, il fait arrondir la bouche par un écar-

tement vertical, de telle sorte que les lèvres ne se touchent presque pas, et que les mâchoires se rapprochent toujours le moins possible pendant l'articulation des mots. Lorsqu'on emploie ce moyen, la langue doit être légèrement rétractée dans la bouche, de manière à se maintenir à 5 ou 6 millimètres en arrière des arcades dentaires.

Il est bon de dire cependant que cette rétraction de l'organe phonateur doit avoir lieu sans effort, c'est-à-dire que la langue doit toujours rester mollement étendue dans la cavité buccale, comme cela a lieu chez les personnes qui ne bégaient pas. Aussitôt qu'à l'aide de ce moyen les syllabes rebelles sont prononcées, on parle d'après un rhythme que l'on marque à 1, 2, 3, 4 ou 6 temps, selon la mesure que l'on suit. Du reste, dans la majorité des cas, on ne parle rhythmiquement que pendant les exercices.

Afin de mieux faire sentir la mesure, et surtout pour indiquer d'une manière précise la lenteur et la vitesse des temps qui la composent, l'auteur a imaginé une sorte de compteur, auquel il a donné le nom de *muthononome*, du grec μῦθος, *parole*, et νεμῶ, *je gouverne*. Avec cet instrument que M. Colombat a mis sous les yeux de l'Académie, on peut à volonté rétablir le rhythme, l'accélérer ou le conserver toujours égal, selon les indications qui résultent de l'époque du traitement, de la nature du bégaiement, ou de quelques autres circonstances. En général, pendant les premiers huit jours on parle en mesure, d'abord à raison de 60 à 80 oscillations par minute, en augmentant tous les jours de 10 en 10, pour arriver à 160 ou à 180 oscillations jusqu'à la fin du traitement. Cet instrument pourrait à la rigueur être remplacé par le métronome de Maëlzel; mais ce dernier ne peut aller qu'un quart d'heure à vingt-cinq minutes, selon la vitesse que l'on emploie; tandis que le muthononome marche plusieurs jours sans être remonté, parce qu'il est construit d'après un autre mécanisme.

Ces moyens orthophoniques constituent une gymnastique vocale qui a l'avantage d'agir physiquement et même moralement. Elle agit d'abord physiquement sur tous les muscles de la respiration, sur les poumons, sur le larynx, et particulièrement sur la glotte, sur la base et le sommet de la langue, enfin sur les lèvres et sur tout l'appareil vocal. L'inspiration, pratiquée comme il a été dit, fait cesser la constriction spasmodique des cordes vocales, en ouvrant la glotte, en même temps qu'elle remplit la poitrine d'air, de telle sorte que ce fluide ne s'échappe que pendant une expiration lente, qui ne doit s'effectuer que graduellement et seulement pour fournir le son vocal. La rétraction de la langue dans le pharynx a pour but de refouler le larynx inférieurement et d'agrandir l'ouverture glottale, dont les lèvres se rapprochent quelquefois au point de se toucher et de s'opposer à la sortie de l'air et à l'émission du son vocal articulé, comme cela a lieu dans la plupart des bégaiements tétaniques. Enfin, la tension transversale des lèvres fait cesser le tremblement convulsif ou l'espèce de chorée qui se manifeste sur ces organes et sur la pointe de la langue, pendant l'articulation des lettres labiales, dentales et palatales.

Cette gymnastique vocale peut aussi agir moralement; car le rhythme qui exerce si bien son heureuse influence sur tous nos organes, en régularisant leurs mouvements, fixe l'attention des bègues conjointement avec tous les autres moyens de la méthode, et devient par cela même une idée accessoire qui, jointe à l'idée principale qui fait le sujet dont on parle, doit nécessairement ralentir l'émission de cette dernière, et mettre l'influx nerveux qui suit la pensée plus en harmonie d'action avec la mobilité relative de tous les organes vocaux.

Lorsque les moyens généraux qui viennent d'être signalés sont insuffisants pour surmonter les difficultés que présentent certaines lettres et certaines syllabes, surtout au commencement des phrases, M. Colombat a recours à différents artifices orthophoniques, qui facilitent beaucoup l'articulation des combinaisons vocales qui offrent le plus d'obstacle. Ainsi, dans quelques cas, surtout dans le bégaiement choréique difforme, il fait laisser un petit intervalle entre la première syllabe et les suivantes ; dans d'autres cas, il fait syncoper toutes les syllabes ou seulement la première de chaque phrase; enfin, pour surmonter les difficultés qui se présentent quelquefois, il ajoute certaines lettres ou certains sons supplémentaires avant ou au milieu des syllabes, en faisant passer légèrement sur eux, et en appuyant fortement sur les articulations qui entrent réellement dans la composition des mots. Ainsi les syllabes, *ba, pa, ka, da, gua, ma, na, cra, dra, gla, tra, bla* et une foule d'autres se prononcent, *ebva, pfa, kcha, eda, egua, ema, ena, kera, edera, egla, tera, bela*. Cette manière d'articuler les syllabes difficiles est fort simple; elle consiste seulement, comme on le voit, à ajouter à certaines syllabes des V, des F, des E muets, des Ch, et à faire précéder l'articulation de certaines lettres d'une espèce de frémissement de la glotte, qui est assez bien exprimé par le son très sourd d'un E muet.

Quoique ces moyens curatifs n'exigent pas une volonté toujours persévérante, et qu'en général un mois à six semaines d'exercices non interrompus soient suffisants pour qu'on

en fasse en quelque sorte instinctivement l'application, il est toujours prudent, pour éviter les rechutes et obtenir une cure radicale, de ne pas cesser trop brusquement l'emploi de la méthode. On conçoit facilement qu'une ancienne habitude de l'organisme ne peut pas disparaître tout à coup ; de même qu'on est forcé d'admettre que les organes vocaux, comme tous ceux du corps humain, sont doués d'une aptitude flexible à contracter de nouvelles habitudes, et que l'homme a une telle organisation que s'il répète souvent les mêmes actes, il se familiarise assez vite avec eux, et s'y plie presque involontairement.

Si l'habitude peut acquérir sur le physique et le moral un tel empire qu'elle semble assujettir la nature et en créer une nouvelle, on doit convenir que la faculté de contracter des habitudes n'étant pas la même chez tous les hommes, il est impossible d'indiquer d'une manière précise l'époque où une méthode orthophonique sera appliquée sans volonté persévérante et par la seule force de l'habitude; il est bon de dire cependant que, pour parvenir à ce résultat, il faut en général de quinze jours à trois mois. C'est seulement alors que les rechutes ne sont presque plus à craindre, et que la cure peut être regardée comme radicale.

Ces idées nous paraissent fort sages, et sont d'accord d'ailleurs avec ce qu'enseigne l'expérience. Ainsi M. Husson a rapporté à l'Académie que feu Dubois, étant étudiant en médecine et faisant à pied le voyage du midi avec un de ses amis affecté de bégaiement, entreprit de le guérir en lui faisant scander toutes les syllabes, déclarant d'ailleurs qu'il ne lui adresserait la parole que quand il ne bégaierait plus. Le second jour la guérison était complète. Arrivés au terme du voyage, les deux amis se séparèrent, se donnant rendez-vous à quelques jours de là à Toulouse. Au rendez-vous, Dubois retrouva son camarade bégayant comme auparavant.

On voit donc qu'il ne faut pas trop se hâter de déclarer la guérison radicale; peut-être même le temps requis par M. Colombat n'est-il pas suffisant ; et, comme M. Moreau l'a fait remarquer, il faut que le sujet renvoyé comme guéri se surveille lui-même longtemps encore, et avec une persévérance et une force de volonté qui ne se rencontrent pas toujours. M. Becquerel, par exemple, qui vient d'être guéri de nouveau par la méthode de M. Jourdan, avait déjà été traité et guéri par M. Colombat en 1830; et la cure pouvait passer pour radicale, puisque deux ans après M. Becquerel père en faisait mention à l'Institut. La récidive a cependant eu lieu plus tard.

Il y a quelqu'intérêt à savoir quelle est la proportion des récidives. M. Colombat annonce que, depuis 15 ans, il a guéri 782 bègues, dont 643 n'ont pas éprouvé de récidives. Dans les premières années, il avait une rechute sur trois cas, plus tard une sur six; enfin depuis trois ans une sur treize ou quatorze.

DU TRAITEMENT ET DE LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT; *par* M. JOURDAN, mécanicien.

Nous arrivons maintenant à la méthode de M. Jourdan ; ce qui suit est extrait du mémoire présenté par M. Becquerel à l'Académie des sciences.

Une personne qui va parler commence par faire une inspiration ; cette inspiration est immédiatement suivie du son, et avant lui il n'y a aucun commencement d'expiration.

La plus grande partie de l'air inspiré sort lentement, à mesure que la parole s'accomplit, que la phrase parcourt sa période. Cet air inspiré ne sort qu'en proportion convenable, et à mesure que cette dépense s'effectue on peut observer l'affaissement des parois thoraciques. Cet affaissement est peu sensible et suit la rapidité de la parole et la longueur de la phrase.

La voix ou le son étant fournis, sont en quelque sorte travaillés par les contractions des muscles qui entrent dans la structure du pharynx, des parois buccales et de la langue, et de ce travail résulte l'articulation de la voix ou la parole.

Supposons que chez un individu parlant bien, on dirige un courant d'air avec un soufflet, dans la bouche, la parole serait rendue difficile et pénible. Supposons ensuite que le courant d'air vienne de la partie postérieure, c'est-à-dire par le larynx, il se répandra dans toute la cavité bucco-pharyngienne ; oppose une certaine résistance au libre jeu des muscles et de la langue, et il en résultera que la parole sera également pénible et difficile.

Eh bien ! c'est là la cause, non pas unique, mais principale du bégaiement. Ce vice de la parole est dû surtout à ce que l'expiration ne s'accomplit pas avec toute la modération, la lenteur convenable, qu'elle est souvent même achevée avant que la phrase soit terminée ; il en résulte que le bègue est obligé de respirer de nouveau pour continuer la même phrase qu'il interrompt une seconde, une troisième, une quatrième fois même avant de la terminer.

Les bègues dépensent en souffle et non en son l'air expiré.

Une deuxième cause de bégaiement, c'est la position de la langue. On voit souvent les contractions de cet organe être irrégulières ; sa projection en avant chez certains bègues est telle qu'elle vient saillir entre les deux arcades dentaires.

Pour obtenir la guérison du bégaiement, il

faut faire reproduire aux personnes qu'on veut délivrer de cette infirmité la même série de phénomènes qui se passent dans l'acte de la parole à l'état normal. On commence donc par faire faire une inspiration naturelle à la personne qu'on traite; on lui recommande un temps d'arrêt à cet instant, c'est-à-dire de rester sur son inspiration sans faire l'expiration; puis de commencer la phrase en parlant lentement et modérément, et la continuer en maintenant toujours le plus longtemps possible la poitrine dilatée comme elle l'était après l'inspiration; puis quand on sent que la phrase ou le membre de phrase est terminé, on lâche tout d'un coup l'air qu'on avait conservé et maintenu dans la poitrine, en ne le dépensant que modérément et à mesure que la phrase ou le membre de phrase avance: c'est l'expiration qui s'achève; puis on recommence de la même manière.

Pour obliger les bègues à suivre cette méthode, voici de quelle manière on doit procéder : Toute phrase ou membre de phrase est divisée en trois temps, que l'on doit observer avec soin et même compter au commencement avec le pouce.

Premier temps, consacré à l'inspiration, qui qui doit être naturelle et nullement forcée; deuxième temps, on commence à parler et on continue en prononçant nettement, distinctement chaque syllabe et sans trop se presser; le troisième temps consiste dans l'expiration qui s'achève; le bègue, comme on pourrait dire vulgairement, lâche le reste de l'air qui maintenait encore la poitrine dilatée.

La langue doit être tenue constamment et sans roideur dans le fond de la bouche, afin de la maintenir toujours dans sa position naturelle, qui est celle dans laquelle elle se trouverait, par exemple, après avoir avalé la salive.

Cette habitude peut être facilement prise:

1° Parce qu'une fois bien comprise, elle est simple et facile à exécuter;

2° Parce qu'elle n'est suivie d'aucune fatigue; le contraire a presque toujours lieu, c'est-à-dire que la plupart des bègues éprouvent en général une grande fatigue dans les organes respiratoires et vocaux, par suite de leur difficulté de parler; quelquefois cette fatigue est telle qu'ils préfèrent garder le silence. Par la méthode nouvelle cette fatigue n'existe plus.

3° Parce que cette méthode est physiologique, naturelle, et qu'elle les replace en quelque sorte dans la situation des autres hommes parlant avec facilité, puisqu'une fois guéris on ne peut constater la moindre différence entre les uns et les autres.

4° Enfin elle donne aux bègues une assurance qui facilite leur langage.

Le temps qu'il faut employer pour la guérison est très variable, tantôt très court, quelquefois deux jours, tantôt plus long, quinze jours, un mois, deux mois. Le terme moyen est d'un mois, en prenant tous les jours deux à trois heures d'exercice.

M. Colombat a revendiqué la découverte de ces moyens; mais comme il ajoute lui-même que M. Jourdan les a *défigurés*, c'est une façon d'aveu que la méthode n'est pas la même. Il nous paraît plus dans le vrai en avançant que cette méthode unique ne conviendra pas pour tous les cas de bégaiement, et surtout qu'elle ne mettra pas à l'abri des récidives. Ce dernier reproche peut être appliqué à toutes les méthodes, et d'autant plus qu'elles ont la prétention de guérir en moins de temps.

DES INJECTIONS IODÉES POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES.

M. Velpeau n'a fait que deux essais en ce genre; les hernies n'ont point guéri, et il y a renoncé. Ce n'est pas que l'opération ait été suivie d'accidents très graves, mais le manuel opératoire est d'une grande difficulté. En effet, pénétrer dans le sac herniaire avec un trocart est presque impossible, et les incisions compliquent singulièrement la chose.

« Chez l'un de mes malades, dit-il, je fus obligé de pratiquer des incisions assez larges, de me livrer à une dissection minutieuse, et j'ai toute raison de croire que le liquide iodé fut injecté dans le tissu celluleux, au lieu d'être poussé dans le sac lui-même. Une suppuration assez abondante survint, et la hernie ne guérit point. Chez l'autre, j'éprouvai les mêmes embarras; je crus néanmoins avoir poussé l'injection dans le sac; il ne survint pas d'accidents; mais la hernie reparut au bout de deux mois, et l'homme, qui succomba quelques mois plus tard à une hydropisie générale, me mit à même de constater qu'aucune trace d'injection iodée ne pouvait être remarquée dans le scrotum. »

En thèse générale, nous n'approuvons pas ces opérations plus ou moins dangereuses pour la cure radicale des hernies; là où cette cure peut être légitimement espérée, un bandage bien appliqué suffit toujours; et là où le bandage ne suffit pas, nous regardons toute opération comme impuissante, et dès lors irrationnelle. Mais, comme le vent qui pousse aux innovations opératoires n'a pas encore cessé de souffler, nous nous applaudissons de voir du moins les injections iodées condamnées pour ce cas par le chirurgien qui en a fait ailleurs les plus nombreuses et les plus heureuses applications.

(*Annales de la Chirurgie.*)

Obstétrique.

DISCUSSION SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Un rapport de M. Capuron sur un mémoire de M. Dronsart a été l'occasion de cette discussion intéressante à laquelle l'Académie a consacré toute sa séance du 13 juin. L'auteur, à l'exemple de beaucoup d'autres, s'était efforcé de rattacher la *phlegmatia alba dolens* à la phlébite, et le rapporteur, appuyant cette opinion des résultats de sa propre expérience, avait donné une nouvelle force aux arguments mis en avant pour la faire prévaloir. Si elle a trouvé de l'écho chez plusieurs membres, elle a paru beaucoup trop exclusive au plus grand nombre, et l'Académie n'a pas voulu la consacrer par son silence. Le débat s'est donc engagé, et s'il n'a pas établi d'une manière nette et précise ce qu'est la *phlegmatia alba dolens*, quelle est la cause prochaine de ce gonflement douloureux des membres sans rougeur de la peau qu'on observe chez les nouvelles accouchées, il a montré qu'une opinion exclusive, quelle qu'elle fût, ne pouvait avoir gain de cause.

A l'Académie, comme dans les livres, l'inflammation des veines, celle des vaisseaux lymphatiques, celle du tissu cellulaire ont été tour à tour invoquées. Il a même été question de celle des nerfs admise par Albers, Dugès, Dancé;—à quoi l'on aurait pu ajouter celle de la face interne de la peau (Hull),—des aponévroses d'enveloppe et du névrilemme (Himly),—de toutes les parties constituantes du membre (Hosack); singulière maladie, dont le point de départ, malgré les efforts de la science moderne, n'a encore pu être déterminé, et dont la localisation, à peine tentée, soulève tout de suite une vive opposition!

D'où provient tant de divergence? En premier lieu, du peu de fréquence de la maladie, surtout comparativement aux autres affections puerpérales, et de la rareté des occasions offertes à chacun de l'observer et de l'étudier, particulièrement au début; en second lieu, de sa bénignité tant qu'elle est exempte de complication, et de l'impossibilité presque absolue où les anatomo-pathologistes ont été de la soumettre à l'investigation de leur scalpel à cet état de simplicité; enfin de la présence de complications plus ou moins anciennes, et à elles seules fatales, dans les cas qui se sont terminés par la mort. Les autopsies révèlent presque toujours l'existence d'une phlébite de la veine principale du membre, et les caractères de cette inflammation s'observent même chez quelques femmes qui guérissent. On trouve aussi sur le cadavre les ganglions lymphatiques de l'aine engorgés, et ces ganglions sont même quelquefois gros et douloureux à une époque peu avancée de la maladie. Mais sont-ce là des altérations primitives ou des altérations secondaires? Voilà ce que n'ont pas assez distingué les membres de l'Académie, MM. Capuron, Breschet, Blandin, Velpeau, Deneaux, qui se sont prononcés pour l'une ou pour l'autre opinion, ou qui ont admis la possibilité d'une succession et d'une coïncidence.

La question nous paraît avoir été placée dans son véritable jour par M. Cloquet. Cet honorable professeur considère la *phlegmatia alba dolens* comme une inflammation exhalante du tissu cellulaire qui, de même que l'érysipèle, peut donner lieu plus ou moins promptement à l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques, et dont la complication par la phlébite s'expliquerait très bien par l'envahissement de la gaîne cellulaire des vaisseaux. Deux académiciens à qui leur position spéciale à la tête du service médical de la Maternité a rendu familières toutes les qnestions relatives aux maladies des nouvelles accouchées, et dont la parole devait avoir un grand poids dans ce débat, MM. Moreau et Gérardin, ont parlé dans le même sens que M. Cloquet. M. Moreau a fait observer que la maladie survenait presque toujours à une époque déjà avancée des couches, et ordinairement à la suite de quelque imprudence qui avait amené du refroidissement. On sait quelle est l'activité de l'exhalation cutanée chez les femmes récemment accouchées. Chaussier insistait beaucoup sur la durée très prolongée de cet état de la peau, et sur la nécessité de préserver les femmes du froid longtemps après leur accouchement. La suppression de la transpiration est toujours fâcheuse en pareil cas, particulièrement chez celles qui, n'allaitant pas leur enfant, ont plus spécialement besoin de conserver ouverte la voie d'élimination étendue que le lait trouve à la surface du tégument externe. L'inflammation exhalante du tissu cellulaire peut en être la conséquence, et cette exhalation a cela de commun avec celles qui, dans les mêmes circonstances, se forment dans les cavités des membranes séreuses et synoviales, qu'elle s'opère avec une rapidité extrême. Notons ce résultat curieux de la pratique de M. Gérardin, qui a observé la *phlegmatia alba dolens* presque aussi souvent aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Ce fait mérite d'être pesé par ceux qui se livreront à de nouvelles recherches sur cette maladie. Loin des organes génitaux, loin du bassin, loin de toutes les parties qui ont été en jeu et plus ou moins irritées dans la grossesse et dans l'accouchement, près des organes où la nature appelle après la parturition une sécrétion abondante que l'allaitement n'évacue pas, une

sorte d'exhalation métastatique a lieu, semblable à celle qui s'opère soit dans le tissu cellulaire des membres abdominaux, soit dans les cavités closes. Qui ne voit là l'un des résultats de cette tendance générale aux suffusions séreuses et aux épanchements qui existent chez toutes les nouvelles accouchées qui ne nourrissent pas? La *phlegmatia alba dolens* n'est pas autre chose, suivant les médecins de la Maternité, que la manifestation dans les membres de cette tendance générale, et il n'y a pas de raison pour que les membres supérieurs y échappent et que les inférieurs la subissent seuls.

Nous voici loin sans doute de la phlébite et de l'angéioleucite comme principe de la *phlegmatia alba dolens*. Est-ce à dire que ces deux maladies ne puissent produire quelquefois des œdèmes douloureux des membres? Nous ne prétendons point le nier. Les belles recherches de M. Bouillaud, celle de David Davis, celles de Robert Lee nous donneraient, en ce qui concerne la phlébite, un éclatant démenti, et l'observation journalière ne nous contredirait pas moins pour ce qui est de l'angéioleucite. Mais, indépendamment de ce que cette dernière maladie a, outre l'œdème, des caractères propres qu'on ne retrouve pas dans la *phlegmatia alba dolens* simple, celle-ci, telle qu'on l'observe chez les femmes récemment accouchées, se lie trop évidemment à leur état spécial pour que nous ne nous rangions pas à l'avis des médecins de la Maternité qui en font une affection spécifique. A cette maladie, et à celle-là seulement, nous voulons réserver le nom de *phlegmatia alba dolens*.

Les femmes en couches, chez lesquelles les inflammations des veines du bassin sont si communes, ne peuvent-elles pas être atteintes d'une phlébite crurale primitive sans inflammation exhalante préalable du tissu cellulaire, et cette phlébite ne pourrait-elle pas ici, comme dans d'autres circonstances, déterminer un œdème douloureux? Sans doute; mais ce sont des cas différents de la véritable *phlegmatia alba dolens*, qu'une observation exacte de la nature et une lecture attentive des faits feront toujours discerner.

Pharmacologie chirurgicale.

SUR LA POMMADE D'IODURE DE POTASSIUM.

La pommade d'iodure de potassium est un des médicaments externes des plus souvent employés: c'est ce qui nous engage à publier ici quelques remarques pratiques sur la préparation de cette pommade. Voici la formule adoptée par le Codex, et telle qu'on la suit dans toutes les pharmacies quand le médecin ne fait aucune autre désignation.

Iodure de potassium...... 4 gram.
Graisse de porc récente... 32 gram.

Mêlez sur un porphyre.

Cette formule bien simple va cependant nous fournir des remarques diverses 1° sur l'excipient, 2° sur le mode d'opération, 3° sur la dose des substances.

La graisse qu'on a généralement adoptée comme excipient de la pommade d'iodure de potassium présente plusieurs inconvénients; quand elle n'est pas parfaitement fraîche; elle contient alors des acides gras qui, en réagissant sur l'iodure de potassium, mettent de l'iode à nu qui colore la pommade en jaune rougeâtre; et il arrive souvent que, lorsqu'on fait préparer la même pommade dans différentes officines, les malades sont effrayés de voir ce changement de couleur. Si la pommade n'est pas immédiatement colorée, elle ne tarde pas à le devenir par le développement de ces mêmes acides.

Un des plus graves inconvénients de l'emploi de la graisse dans la préparation de la pommade d'iodure de potassium, c'est que lorsque la graisse n'est point parfaitement fraîche ou que la pommade est conservée pendant quelques jours, les frictions déterminant souvent l'irritation des parties, on est forcé d'en suspendre l'emploi. Cela arrive surtout dans les cas de tumeurs du sein, où il faut employer pendant très longtemps ces frictions. Il convient donc, sous tous les rapports, de substituer à la graisse de porc le cérat sans eau, préparé avec huile d'amandes douces fraîche 3, et cire blanche 1.

La porphyrisation recommandée par le Codex doit être longuement continuée pour éviter les petites parcelles d'iodure qui détermineraient une irritation mécanique; il est plus simple et plus convenable de dissoudre l'iodure de potassium dans son poids d'eau distillée de roses, et de mêler intimement cette dissolution au cérat sans eau.

Par rapport à la dose d'iodure de potassium, les formules ont présenté des variations. M. Magendie avait d'abord adopté les proportions suivantes :

Iodure de potassium....... 2 gram.
Axonge................. 45 gram.

Mais on a vu que la proportion d'iodure pouvait être augmentée sans inconvénient, et le Codex nouveau adoptant la formule suivie dans les hôpitaux prescrivit :

Iodure de potassium (1 gros) 4 gram.
Axonge.......... (1 onc.) 32 gram.

Ces rapports étaient simples et bons lorsque les anciens poids étaient usités. Maintenant il convient de simplifier cette formule et de l'adapter au système métrique; les pro-

portions suivantes me paraissent convenables :

Iodure de potassium...... 1 gram.
Cérat sans eau........... 10 gram.
Eau de roses............ 1 gram.
Essence de roses......... 2 gouttes.

Lorsqu'il s'agit de combattre les tumeurs accompagnées de vives douleurs, on peut ajouter à la pommade précédente ou :

Iodhydrate de morphine.. 50 centig.

ou bien :

Camphre................ 2 gram.

Je vais actuellement faire connaître plusieurs préparations externes employées en Allemagne où entre l'iodure de potassium ou l'iode :

Pommade hydriodatée.
(Dr RIECKE.)

Iodure de potassium...... 4 gram.
Savon médicinal......... 2 gram.
Eau de roses............ 8 gram.
Onguent rosat........... 24 gram.
M. selon l'art.

Cette pommade présente l'avantage de ne pas rancir avec autant de rapidité que la pommade ordinaire, et de se conserver pendant un temps plus long.

Emplâtre ioduré, ou mieux iodé.
(Dr RODERBURG.)

R. Iode pur.............. 2 gram.

Divisez-le avec quelques gouttes d'esprit de vin, ajoutez-y alors quelque peu d'huile d'olives, puis incorporez-le tout dans

Emplâtre simple......... 32 gram.

que vous avez auparavant fait fondre au bain-marie. Malaxer avec soin.

Emplâtre hydriodaté.
(Dr RODERBURG.)

R. Iodure de potassium.... 5 gram.

Broyez-le avec quelque peu d'esprit de vin, puis incorporez-le dans :

Emplâtre simple......... 40 gram.

que vous avez fait fondre au bain-marie. Malaxez avec soin.

A. B.

BULLETIN CLINIQUE.

Dans notre premier article sur les dangers du traitement ordinaire des fractures de la rotule, on a vu combien était pernicieux pour les fonctions de la jointure un repos trop longtemps prolongé. Ce qui a lieu à la suite des fractures n'est pas moins à redouter à la suite des luxations; et plus d'une réduction régulièrement obtenue n'a abouti qu'à une déplorable ankylose, par suite d'une immobilité trop prolongée du membre. En attendant que l'occasion se présente de dire ce que l'expérience nous a enseigné sur ce sujet, nous pensons qu'on lira avec intérêt l'observation suivante, recueillie à l'hôpital militaire de Barèges, par notre excellent et habile confrère, M. Rigal, de Gaillac.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE *réduite le 4e jour; immobilité du membre durant un mois; roideur articulaire vainement traitée par les bains de Barèges et les douches*, par M. RIGAL, de Gaillac.

OBSERVATION. — Pichard (Michel-Pierre), âgé de 52 ans, d'une constitution sèche et naturellement maigre, a longtemps servi dans la marine royale. Il travaille maintenant à bord d'un navire marchand; je le laisse conter son accident. La langue du métier donne une sorte de charme et un vernis d'authenticité à son récit :

« Le 5 avril, étant *hissé* sur un ratelier de quatre pieds d'élévation, je voulus atteindre de ma main droite le bout d'une corde. N'étant pas parvenu à la saisir, je perdis l'équilibre et tombai sur le bord d'une *baye* (barrique sciée en deux). Le coup porta sur le moignon de l'épaule gauche, et mon bras tomba sous l'aisselle. Un rebouteur voulut me le rhabiller. Pendant deux jours, et durant une demi-heure chaque matin, il fit des efforts inutiles, mais horriblement douloureux. Le quatrième jour, j'entrai à l'hôpital. On *m'amarra* avec un drap plié et roulé en corde qu'on fit passer sous l'aisselle malade. Trois hommes saisirent ce lien ; trois autres furent mis après un second drap *amarré* au poignet, puis on me *hâla*. Le *major*, qui se tenait à l'épaule, ordonna de *mollir ;* puis tout d'un coup il rapprocha mon coude des côtes, dont il était éloigné depuis l'accident. Je pus immédiatement porter la main à la tête comme je le fais aujourd'hui, mais pas davantage.

« On *amarra* le bras au corps, et puis le lendemain on me fit vider l'hôpital; *la cale était trop pleine.*

« Quatre jours plus tard, mon bras était horriblement enflé. Je me présentai à l'hôpital militaire. On dit que j'étais parfaitement remis, et que je n'avais qu'à prendre des bains Cela m'était impossible chez moi, et je restai plus d'un mois avec mon bras *amarré.* Quand j'ai cru être guéri, je me suis trouvé estropié. »

Le malheureux marin avait donc été envoyé à l'hôpital de Barèges pour essayer l'action des eaux thermales contre l'infirmité dont il était

affecté; et ce fut là qu'en compagnie de M. le docteur Ballard, nous le soumîmes à un minutieux examen. La réduction datait alors de 3 mois et demi.

Pichard étant déshabillé, la conformation de son épaule gauche est parfaitement régulière. L'acromion, la tête de l'humérus reproduisent, des deux côtés, des saillies égales. La clavicule droite est un peu plus fortement arquée, mais c'est là le résultat de la prédominence ordinaire des muscles du côté droit; et il ne faut pas oublier à cet égard que la vie active d'un matelot, les rudes travaux auxquels Pichard a été assujetti peuvent avoir outré les effets des tractions musculaires sur les leviers que la fibre met en jeu.

La peau sèche, mince et dure du sujet, sa maigreur, laissant parfaitement apercevoir les rapports mutuels des surfaces arthrodiales. Ces circonstances nous permettent, en outre, de constater les phénomènes suivants:

Le muscle pectoral droit se dessine pendant l'élévation et l'abduction du bras, de manière à montrer tous ses faisceaux convergents vers l'attache humérale de ses fibres. A gauche, si l'on soulève le bras (car ce mouvement spontané est impossible), le pectoral se montre divisé en deux larges masses, l'une supérieure, l'autre inférieure, séparées par un enfoncement de forme triangulaire, dont la base regarde le sternum.

Les mouvements orbiculaires, ceux de pronation, de supination forcée sont également impossibles. Le coude est toujours collé au corps. Pour porter, comme immédiatement après la réduction, la main à la tête, le malade fléchit l'avant-bras contre l'humérus; puis il élève l'omoplate par les muscles de la région latérale et postérieure du cou. Rien de plus. On dirait dans ce mouvement qu'on a affaire à une ankylose complète. Le deltoïde n'est accusé par aucune sorte de saillie; il est atrophié, ainsi que les sus et sous-épineux. La peau porte la trace de l'action d'un emplâtre stibié, fait avec la poix de Bourgogne. Selon Pichard, ce topique a diminué des douleurs vives dans le point d'attache des muscles dont je viens de parler.

On ne peut élever le bras sans entraîner l'omoplate. Si, fixant l'angle inférieur de cet os, on imprime des mouvements bornés de circumduction à la tête de l'humérus, il se produit dans l'article une sorte de crépitation peu douloureuse pour le sujet, et que la main, posée sur le moignon, compare à ce bruit, à cette sensation que détermine la pression sur une masse d'amidon à l'état pulvérulent.

Trente-six jours après, Pichard se trouvait dans le même état, en dépit des bains et des douches.

L'observation de Pichard, que j'ai voulu recueillir en détail, me semble prouver:

1° Que la luxation la plus simple et la mieux réduite peut entraîner après elle de graves accidents;

2° Que l'inflammation consécutive à la luxation d'abord, et ensuite aux efforts de réduction, doit être combattue d'une manière active, sous peine de voir les déchirures fibreuses contracter des adhérences capables d'amener l'ankylose;

3° Qu'il ne faut pas tarder au delà de 15 jours pour mobiliser les surfaces arthrodiales ramenées à un contact régulier. Ce précepte, posé par M. Malgaigne, exige cependant la plus grande prudence.

RIGAL.

Nous ajouterons quelques réflexions aux conclusions de M. Rigal. Deux opinions touchant le traitement de ces fausses ankyloses ont obtenu un grand crédit dans l'esprit des chirurgiens. Les uns estiment que le temps opérera de lui-même la guérison, et renvoient les malades avec cette espérance, le plus souvent trompeuse; les autres, un peu moins confiants, ne savent cependant rien de mieux que l'emploi des bains et des douches; bains d'eau de tripes, bains de sang, bains et douches de Barèges, etc. Or, il n'y a rien de plus empirique et de plus périlleux que ces deux modes de traitement. L'unique remède à opposer à une roideur articulaire est l'exercice de la jointure; les bains et les douches ne font que calmer la douleur et favoriser les mouvements. Si donc on abandonne un malade à lui-même avec une roideur peu considérable, et qui n'empêche pas les mouvements spontanés, le temps, joint à l'exercice naturel du membre, suffira pour la détruire; si elle est plus forte, ni le temps, ni le malade, privé des secours de l'art, n'en viendront complétement à bout. Si, enfin, elle est plus ferme encore, le malade ne pouvant exécuter aucun mouvement par lui-même, l'envoyer aux eaux thermales est tout simplement le condamner à une incurabilité d'autant plus assurée qu'on lui fait perdre en de frivoles tentatives le temps le plus précieux pour sa guérison. Cette question est grave, et nous y reviendrons.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres complètes de John Hunter, *traduites de l'anglais, avec des notes*, par G. Richelot, D.-M.-P., etc. ; 4 forts volumes in-8°, avec atlas in-4° de 62 planches. — Prix : 56 francs. — Chez Labé, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

Depuis que la chirurgie s'est échappée des langes du moyen-âge, elle ne compte encore que trois grands chefs d'école, trois de ces hommes marqués du sceau du génie, qui donnent l'impulsion aux autres et leur montrent le chemin. La France en a compté deux, Ambroise Paré et J.-L. Petit; le troisième, et le plus puissant peut-être, fait le juste orgueil de l'Angleterre, qui l'appelle le grand Hunter.

Si l'on recherche, à part l'intelligence qui était en eux, quelles sont les causes qui les ont ainsi élevés si haut au dessus de leurs contemporains, comment ils sont arrivés à l'époque et comme au jour fixé et non à une autre, on reconnaît d'abord, et c'est une haute leçon de l'histoire, que tous trois furent pour la chirurgie les représentants d'une idée philosophique nouvelle; et que plus l'idée philosophique était large et féconde, plus grands aussi sont les services qu'ils ont rendus. Qu'ils l'aient su et qu'ils l'aient voulu, cela est douteux; mais peu importe, si d'ailleurs ils ont assez montré par leurs œuvres la couleur de leur drapeau. A. Paré est le champion du dogme de l'autorité, non pas de l'autorité servile du moyen-âge, mais de l'autorité discutée, acceptée librement, et déjà même notablement entamée par la raison humaine. Ce que Luther avait fait pour le monde moral et religieux, A. Paré le fit pour la chirurgie; son école dura peu; c'est que le principe de l'autorité avait fait son temps, et que Descartes allait en introniser un autre.

Avec Descartes triomphe la raison pure; tout est remis en discussion; les plus respectables autorités sont comptées pour rien; les faits mêmes qui ne se plient pas aux nouvelles théories sont rejetés; on devine plus qu'on n'observe, on aime mieux imaginer que de chercher; aussi que de doctrines brillantes qui n'ont que le malheur de pécher par la base; que d'édifices trop rapidement édifiés! A cette époque, la face de la chirurgie fut renouvelée tout entière, et J.-L. Petit fut le chef et le héros de cette révolution.

John Hunter, au contraire, est un sectateur de Bacon, méprisant l'autorité comme un cartésien, estimant peu les théories pures, bien qu'il n'ait pas toujours su s'en affranchir, aimant mieux, comme il l'écrivait à Jenner, *expérimenter* que *penser*. Mais, cependant, il ne faut pas trop prendre les choses à la lettre; bien que J.-L. Petit ait plus pensé qu'expérimenté, il n'en reste pas moins le premier observateur de son époque; de même que Hunter, l'expérimentateur, est en même temps le plus hardi penseur de l'âge moderne. Mais Hunter ne pensait qu'après l'expérience faite, et il vérifiait encore sa pensée par de nouvelles expériences; et voilà comment il a marché d'un pas si ferme et si sûr à la fois; comment, ayant reçu la chirurgie comme un art, il en a fait une science; comment il a mérité cet éloge de sir A. Cooper, élève digne d'un tel maître, qu'il a donné le premier à la chirurgie les principes dont elle manquait avant lui.

Nous nous arrêterons sur ce parallèle, ne voulant pas nous laisser emporter trop loin; ces idées sommaires suffiront d'ailleurs à faire comprendre tout le prix des œuvres complètes dont M. Richelot nous a donné la traduction. Nous ne connaissions guère de Hunter que son *Traité du sang et de l'inflammation*, ouvrage à peine lisible, car Hunter ne se pique pas beaucoup ni de clarté ni de méthode; mais qui se trouve magnifiquement illuminé par ses *Leçons de chirurgie*, commentaire fait par le maître lui-même, bien que recueilli par ses élèves. Ajoutez le *Traité des dents* et celui *de la Syphilis*, et vous aurez les principales publications de Hunter; mais l'éditeur anglais, M. Palmer, a recueilli avec soin tous ses opuscules, mémoires, observations, notes éparses dans les journaux et dans les recueils des sociétés savantes, et qui ont trait à presque toutes les parties de l'histoire de la matière organisée; anatomie humaine et comparée, histoire naturelle, physiologie, pathologie, anatomie pathologique; car Hunter s'était proposé d'étudier, de poursuivre dans l'universalité des êtres cette force qui constitue la vie, ce *principe vital* dont nul mieux que lui n'a démontré l'existence, autant du moins qu'elle est susceptible d'être démontrée. Hunter n'eut qu'un seul tort: ce fut de dédaigner l'érudition qui est la science et l'expérience écrite; de son vivant il eut à s'en repentir; et les chirurgiens anglais, trop fidèles à ses principes, ouvrent à peine ses propres ouvrages, où se retrouvent cependant la source et l'origine de tout ce qui s'est fait de grand et de beau en chirurgie depuis cinquante années. Pour nous, qui savons mieux ce qu'on peut gagner au commerce de pareils hommes, nous recommandons vivement la lecture et l'étude de Hunter à tous les amis de la grande chirurgie; et nous aurions fort mauvaise opinion

d'une bibliothèque chirurgicale où cette collection précieuse ferait défaut.

A part les notes de M. Richelot lui-même, M. Ricord s'est chargé d'annoter le *Traité de la syphilis*, M. Oudet le *Traité des dents;* ils ont jugé avec juste raison qu'ils s'honoraient encore en se faisant les annotateurs de Hunter. L'exécution matérielle du livre et de l'atlas méritent aussi de justes éloges ; nous ne regrettons qu'une seule chose, c'est que l'élévation du prix ne mette pas immédiatement cet ouvrage à la portée, non-seulement des praticiens, mais de tous les étudiants.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—*Séance du* 19 *juin.*—M. Colombat réclame un tour de faveur pour la lecture d'un mémoire sur le bégaiement.

M. Thierry adresse l'exposé d'expériences par lui faites de concert avec M. Rigot, en 1828, sur les divers procédés de ligature des artères. Ces expériences n'ont fait que confirmer celles de Jones et de Béclard; la conclusion directe est qu'il faut accorder la préférence à la ligature avec un fil unique rompant les deux tuniques de l'artère.

Séance du 3 *juillet.* — M. Tanchou adresse un mémoire sur la fréquence du cancer d'après des recherches sur les registres des décès du département de la Seine. Nous reviendrons sur ce travail.

M. Alexandre Colson envoie un mémoire *sur le traitement des plaies résultant de l'ablation des tumeurs du sein et de l'aisselle au moyen de la suture entortillée;* il conclut que cette suture est le moyen le plus certain pour obtenir la réunion immédiate.

M. Becquerel a donné communication de la méthode de M. Jourdan, pour la guérison du bégaiement; nous en avons parlé dans notre *Revue.*

Académie de médecine. — *Séance du* 20 *juin.* — M. Colombat demande une commission pour examiner des bègues et suivre le traitement qu'il se propose de leur faire subir. La commission, composée de MM. Gerdy, Poiseuille, Mélier, A. Bérard et Guéneau de Mussy, procède immédiatement dans les bureaux à l'examen des sujets.

M. Guérin, à l'occasion d'une pièce anatomique présentée par M. Bouvier dans la précédente séance, demande une commission qui soit chargée d'examiner ses travaux et sa méthode, en comparaison avec les travaux et la méthode de M. Bouvier.—Ordre du jour.

M. de Castelnau lit un mémoire intitulé : *De l'inoculation considérée comme base du diagnostic des maladies syphilitiques.* — Commissaires : MM. Bousquet, Martin-Solon et Lagneau.

Il a été décidé, dans cette séance, que la prochaine élection aurait lieu dans la section de pathologie médicale.

4 juillet. — M. Colombat lit un mémoire *sur les caractères distinctifs et le traitement du bégaiement.* Nous en avons rendu compte dans la *Revue* critique.

M. Laborie lit un mémoire *sur la valeur relative des amputations partielles du pied.* — Commissaires : MM. J. Cloquet, Blandin, et A. Bérard.

M. Bonnafont lit une observation de surdité guérie après la perforation de la membrane du tympan.

11 *juillet.* — M. Colombat représente les deux bègues qu'il a montrés à l'Académie. On constate que l'amélioration est déjà très remarquable.

M. Deleau lit un mémoire *sur les corps étrangers introduits et formés dans l'oreille moyenne.* — Commissaires : MM. Ribes et Breschet.

La fin de la séance est occupée par la présentation et l'examen d'un jeune garçon de 13 ans et demi, atteint d'une déviation latérale de l'épine, que M. Guérin se propose d'opérer par la myotomie rachidienne à l'hôpital des Enfants.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8° Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

AOUT 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De quelques illusions orthopédiques, *à l'occasion du Relevé général du service orthopédique de* M. J. GUÉRIN.

Nous avons à remplir un triste et rigoureux devoir, que nous eussions désiré éloigner de nous, et devant lequel enfin nous aurions reculé sans doute, si la dignité et la moralité de l'art ne nous avaient paru si fortement intéressées. Il s'agit du *Relevé général* publié par M. J. Guérin.

Nous avons déjà dit quelques mots de ce Relevé dans notre dernière *Revue critique*. M. Guérin nous a honoré d'une réponse, et voici ce que disait la *Gazette médicale* du 22 juillet :

« Un journal de chirurgie qui se pique de sévérité dans la manière dont il convient de faire la critique allègue, un peu légèrement, et sur la foi d'un homme dont les assertions ne passent pas pour bien sévères ni bien exactes, qu'un malade de la consultation orthopédique de l'hôpital des Enfants a été opéré du strabisme et a perdu la vue du côté opéré. Or, dit le journal, le relevé de ce service ne parle que de *guérisons complètes* et *d'améliorations*. Quand on se permet d'incriminer l'exactitude et la bonne foi des autres, on devrait être certain qu'on ne sert pas de porte-voix à la calomnie. Il eût donc été utile qu'avant de mettre les succès du relevé en prétendue contradiction avec des *revers graves* (expression du journal), on se fût bien assuré de la réalité du fait allégué. Nous qui sommes un peu plus certain de la vérité des faits et assertions que nous avons pris sous notre responsabilité, nous demanderons au journal qui parle de *revers graves dont il est question dans le public et dont il n'est dit mot dans le relevé,* de vouloir bien préciser ces insinuations, et notamment de prouver, relativement à l'opéré de la consultation qui aurait perdu la vue, l'accusation dont il s'est fait l'écho ; sinon nous serons bien obligé de le placer dans la catégorie des journaux dont il admire et imite les procédés, mais auxquels, en toute conscience et en toute dignité, nous croyons pouvoir nous dispenser de répondre. »

Notre journal ayant paru le 20, M. Guérin n'avait pas eu sans doute tout le temps nécessaire pour méditer les termes de sa réponse; mais nous n'aurions pas la même raison d'oublier la modération commandée ici plus que jamais par la gravité du débat. Nous laisserons donc de côté ce qui nous regarde; quant à l'insinuation dirigée contre M. Velpeau, nous y répondrons immédiatement pour n'avoir plus à y revenir. Il y a eu véritablement une erreur commise, lorsqu'il a été dit que le malade en question avait été opéré à l'hôpital des Enfants; nous en faisons volontiers l'aveu. Mais que l'opération ait été faite par M. Guérin, que l'opéré ait immédiatement perdu la vue, à ce point qu'il peut regarder fixement le soleil en plein midi sans recevoir la moindre sensation de la lumière, c'est la pure et simple vérité; nous avons examiné le malade, nous avons recueilli l'observation que nous publierons pour peu que M. Guérin le désire; nous nous faisons même un plaisir d'ajouter que ce malade se loue hautement des soins empressés, des bons procédés et du désintéressement de M. Guérin.

Ce premier fait ainsi éclairci, revenons maintenant au Relevé en lui-même; et d'abord il est indispensable de le mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs.

DIFFORMITÉS.	Nombre des cas.	Guérisons complètes.	Amélioration.	Pas d'amélioration.	Morts.	Non traités ou en traitement.
Strabismes	155	100	8	»	»	47
Fausse ankylose de la mâchoire inféʳᵉ.	1	1	»	»	»	»
Torticolis	46	23	8	2	1	12
Déviations de l'épine	155	24	28	4	1	98
Excurvations tuberculeuses	112	4	46	46	2	14
Difformités rachitiques du thorax et des membres	314	66	36	»	2	210
Courbures des membres par cal vicieux.	46	8	13	2	»	23
Difformités du coude (flexions permanentes, etc.)	9	2	1	1	»	5
Flexions permanentes de la main et des doigts	14	3	4	»	»	7
Luxations congénitales des fémurs	38	2	»	1	»	35
Difformités de la hanche sans luxation.	38	10	22	6	»	»
Difformités des genoux	263	53	72	9	5	124
Pieds bots	157	61	49	6	7	34
Flexion permanente des orteils	1	1	»	»	»	»
Totaux	1349	358	287	77	18	609

En outre de ces difformités, 34 abcès froids ou par congestion, et 11 épanchements articulaires ont été traités par la méthode sous-cutanée. En voici les résultats :

DIFFORMITÉS.	Nombre des cas.	Guérisons complètes.	Amélioration.	Pas d'amélioration.	Morts.	Non traités ou en traitement.
Abcès froids	20	7	4	»	2	7
Abcès par congestion	14	4	2	»	5	3
Epanchements articulaires	11	8	3	»	»	»
Totaux	45	19	9	»	7	10
Totaux réunis	1394	377	296	77	25	619

Il faut bien le confesser, l'impression produite par ce document fut tout d'abord des plus fâcheuses. Autant que nos relations puissent s'étendre, nous n'avons pas rencontré un seul chirurgien disposé à croire à la réalité de certaines de ces guérisons ; et, en ce qui nous concerne, sans prétendre ni les nier ni les admettre, nous étions du moins résolument de cet avis que, si en effet M. Guérin les avait obtenues, il avait fait faire à la chirurgie des progrès gigantesques, et tels que l'état actuel de la science permettait à peine de les espérer. Mais nous craignions, à dire vrai, qu'il n'y eût là quelques-unes de ces illusions si communes aux auteurs de procédés nouveaux ; et quand M. Guérin, répondant à M. Maisonabe, déclara que cette statistique n'était pas son ouvrage, nous demeurâmes bien mieux convaincu encore qu'il ne devait point porter la peine de quelques exagérations échappées à ses élèves ; seulement nous espérions qu'il prendrait soin lui-même de faire à ce tableau les rectifications nécessaires ; et telle était la conclusion de notre article. On vient de voir quelle fut la réponse.

Manifestement M. Guérin ne voulait point de discussion publique. Peut-être comprenait-il la difficulté de justifier absolument les chiffres de sa statistique ; et alors il était encore généreux d'en revendiquer la responsabilité, et de ne pas délaisser dans ce péril les collaborateurs qui pour lui s'étaient mis en avant. Ne voulant aucunement choquer ses idées à cet égard, et cependant désirant constater par nous-mêmes quelques-uns des faits curieux mentionnés dans le Relevé, nous écrivîmes à M. Guérin pour lui demander s'il voudrait bien nous communiquer ses observations de *guérisons complètes* des *courbures des membres par cal vicieux,* ou du moins nous donner l'adresse des sujets guéris. Cette question n'avait pas seulement pour nous l'intérêt général qui s'attache à toute découverte ; nous avions à en traiter dans notre ouvrage *sur les fractures*, et il nous importait beaucoup de savoir si véritablement la chirurgie des fractures s'était enrichie d'une aussi merveilleuse conquête. M. Guérin nous répondit par un refus.

Cette fois, s'il faut le dire, les motifs de ce refus nous échappaient. Nous avions lu dans la *Gazette médicale* et ailleurs que, *pour la vérification ultérieure des résultats exprimés par le tableau, elle serait possible à tous ceux qui voudraient se donner cette peine. Si l'on désirait immédiatement des renseignements, on pourrait s'adresser directement à M. Guérin. Il s'empresserait de se mettre à la disposition de quiconque se présenterait dans un but et avec le caractère scientifiques,* etc. Nous avions eu foi dans ces déclarations ; nous venons de dire ce qui advint.

Mais la tactique était mauvaise ; car, n'ayant pu nous éclairer en aucune façon sur cette petite question des cals vicieux, il nous prit alors un plus vaste désir, celui de pénétrer dans les secrets de cette chirurgie mystérieuse ; et comme chirurgien des hôpitaux, ayant aussi à traiter de ces *difformités rachitiques du thorax et des membres,* de ces *excurvations rachitiques,* de ces *abcès par congestion*, et bien d'autres choses encore dont jamais nous n'avions obtenu ni vu obtenir la *guérison complète,* nous nous résolûmes à chercher par quels moyens on arrivait à ces guérisons, et avant tout si ces guérisons étaient réelles.

C'était en vérité une tâche difficile. Le relevé publié comprenait 1394 malades ; mais plus tard la *Gazette médicale* avait déclaré que 134 seulement avaient été traités dans le service ; tous les autres à la consultation. Nous aurions voulu prendre communication du tableau détaillé présenté au Conseil des hôpitaux ; M. Guérin l'avait retiré Nous nous résignâmes à refaire nous-mêmes au moins la statistique des sujets traités à l'hôpital ; et tout d'abord, nous obtînmes dans les bureaux un renseignement que nous n'eussions guère soupçonné.

A voir comment les collaborateurs de M. Guérin annonçaient que *les observations détaillées seraient publiées par le chef du service en temps convenable avec le nom et l'adresse des sujets,* nous avions cru qu'en effet le relevé avait été fait d'après les observations recueillies. Il n'en est rien ; l'auteur est venu tranquillement feuilleter les registres, prenant les noms, âge et domiciles des sujets ; et c'est ainsi qu'a été bâti ce relevé, maintenu par M. Guérin comme *parfaitement exact.*

Nous avions donc sous la main les mêmes documents que l'auteur du relevé ; pour

plus de sécurité, nous voulûmes y en joindre d'autres. Nous compulsâmes à la fois le registre des entrées, le registre des sorties, et le registre des morts ; et enfin, année par année et mois par mois, à l'exception de deux mois de 1839 dans lesquels il y a eu 7 sorties, pour chaque malade, nous avons relevé la pancarte qui porte l'énoncé de la maladie et l'état du sujet à la sortie, avec ou sans la signature du chirurgien.

Le premier résultat de cette recherche a été que le relevé, au lieu d'être *parfaitement exact*, était tant soit peu inexact. Il a été publié le 1er juillet ; or, du 1er août 1839, c'est-à-dire depuis l'ouverture du service jusqu'au 1er juillet 1843, il n'a été traité dans le service que 131 malades. Peut-être a-t-on voulu indiquer le nombre des entrées, car plusieurs malades sont entrés deux fois ; mais alors il y a une autre inexactitude ; le nombre des entrées est de 148.

Mais qu'importe après tout ! on peut fort bien oublier quelques entrées en feuilletant un registre à la hâte ; ce qui nous importait, c'étaient les noms des sujets guéris de ces incurables affections que nous citions tout à l'heure. Or, d'après les registres qui portent le diagnostic du billet d'entrée, et d'après les pancartes qui portent le diagnostic du chirurgien lui-même, voici quelles ont été les affections reçues dans le service, année par année, seulement en faisant abstraction des doubles emplois :

	MALADES REÇUS EN					TOTAUX.
	1839.	1840.	1841.	1842.	1843.	
Sous le titre vague de *Difformités,— Orthopédie,— Luxation,—* ou même sans nom de maladie	22	7	»	»	2	31
Contracture de la mâchoire	»	»	»	1	»	1
Torticolis	»	1	4	»	»	5
Déviations de l'épine	1	10	21	7	1	40
Excurvation tuberculeuse de l'épine	»	»	1	»	»	1
Affection tuberculeuse de l'épine	»	1	»	»	»	1
Déviation de l'épine, difformité congéniale de la poitrine	»	»	»	1	»	1
Rachitisme	»	1	»	1	»	2
Courbure des membres inférieurs	»	»	»	1	»	1
Courbure rachitique de la jambe	»	»	»	1	»	1
Torticolis, tubercules, contracture générale	»	»	»	1	»	1
Difformité musculaire générale (*sic*)	»	»	1	»	»	1
Courbure anguleuse du fémur, rotation de la jambe en dedans	»	»	1	»	»	1
Fausse ankylose	»	1	»	»	»	1
Flexions permanentes des doigts	»	»	»	2	»	2
Luxations coxo-fémorales	1	1	1	»	1	4
Difformités de la hanche, dont une avec abcès par congestion	»	»	1	»	1	2
Déviations des genoux	»	8	7	1	»	16
Difformité du genou	»	»	»	1	»	1
Flexion du genou	»	»	1	1	»	2
Pieds-bots, dont un avec paraplégie	5	2	5	2	»	14
Pieds plats	»	»	1	»	»	1
Paralysie	»	»	1	»	»	1
TOTAUX	29	32	45	20	5	131

Nous avons rangé ces diverses lésions autant que possible dans l'ordre du *Relevé* de M. Guérin, afin que le lecteur puisse comparer les deux tableaux et en apprécier la concordance. Mais nous ne saurions dissimuler le désappointement que nous éprouvâmes, en rencontrant si peu d'excurvations tuberculeuses, de courbures des membres par cal vicieux, de ces abcès par congestion, de ces affections que nous cherchions de préférence. Se trouvaient-elles cachées sous ces vagues dénominations de *difformités*, *orthopédie*, etc.? Avaient-elles été traitées à la consultation? C'est ce qu'il nous est impossible de décider.

Après tout, il nous suffisait de rencontrer pour chaque espèce un cas unique de guérison; et, en conséquence, nous recherchâmes avec soin les sujets qui étaient sortis guéris. L'embarras redevint assez grand. Nombre de sujets étaient déclarés *guéris*, mais sans la signature du chirurgien; d'autres même avec des signatures d'autres médecins de l'établissement. Pour ces derniers, il était clair que, du service orthopédique, ils avaient été transférés dans d'autres services pour des affections médicales, et peut-être en était-il ainsi des autres. Nous en trouvâmes aussi qui étaient sortis *sur la demande des parents*; dans deux cas où M. Guérin avait signé, le mot *guéri*, commencé ou achevé, avait été soigneusement effacé; ce qui nous donna le légitime espoir que lorsque la mention de la guérison serait appuyée de cette signature, nous serions tombé sur des guérisons complètes. Or, ces cas sont assez rares; on en trouve 4 pour 1839;—12 pour 1840;—18 pour 1841;—5 en 1842; aucun pour les sujets entrés en 1843. Total 39. Les décès arrivés à l'hospice sont au nombre de 9; mais toujours dans d'autres services, où on les fait transférer dès qu'ils sont affectés de maladies internes.

Nos 39 guérisons portaient sur les affections suivantes :

Déviations de l'épine	16
Pieds-bots	7
Pieds plats	1
Déviations du genou	7
Torticolis	3
Courbure rachitique de la jambe	1
Luxation congéniale des deux fémurs	1
Difformité de la hanche ; abcès par congestion	1
Affections non précisées	2

Nous entrons à dessein dans ces détails, afin de montrer avec quel scrupule nous cherchions à assurer notre marche. Même après toutes ces précautions prises, il nous parut utile de supputer le séjour de chaque sujet guéri à l'hôpital; et la plupart y étant restés trois mois, six mois, un an, et jusqu'à deux ans et demi, pour ceux-là en effet la cure avait eu tout le temps de se faire. Mais d'autres cas nous mettaient fort en doute; la courbure rachitique de la jambe était déclarée guérie au bout de 17 jours; un pied-bot, après un premier séjour d'un mois et demi, sorti non guéri, était rentré et se trouvait guéri au bout de 11 jours. Dans la crainte de commettre quelque erreur, nous nous adressâmes derechef à M. Guérin, pour le prier de nous permettre de confronter nos notes avec les siennes, et de nous aider d'une façon quelconque à arriver à la vérité. Nous n'avons pas été plus heureux cette fois que la première; et force nous a bien été de nous fier aux pancartes signées, et de nous mettre en quête des guérisons certifiées par la signature.

Nous n'avons pu vérifier tous ces cas comme nous l'eussions désiré. Plusieurs enfants étaient retournés en province; d'autres ayant quitté leur quartier dans Paris même étaient devenus introuvables; et enfin, comme on le verra, il y a certains malades que M. Guérin soustrait expressément aux investigations. Malgré tous ces obstacles, nous en avons vu assez pour offrir à nos lecteurs des faits relatifs à 8 grandes classes d'affection; savoir : 1° *les pieds-bots;* 2° *les courbures rachitiques de la jambe;* 3° *les déviations du genou;* 4° *les difformités de la hanche avec abcès par congestion;* 5° *les luxations congéniales*

du fémur ; 6° *les déviations de l'épine ;* 7° *le torticolis ancien ;* 8° et enfin *la contracture de la mâchoire.* Voici le compte-rendu de cette petite clinique orthopédique.

1° *Pieds-bots.*

Observation Ire.—J.-B. Vidart, demeurant rue de la Tonnellerie, n° 101 ; entré à l'hôpital à l'âge de 9 mois, le 22 août 1839, sorti le 9 octobre suivant, avec la note *guéri,* mais sans signature ; rentré le 13 février 1841, sorti le 24, *guéri :* signé Guérin.

Cet enfant était affecté d'un double pied-bot congénial. Lors de son premier séjour à l'hôpital, on lui fit, au dire de la mère, deux ou trois opérations ; il en sortit non guéri, et fut visité deux ou trois fois chez ses parents par M. Kühn, collaborateur de M. Guérin. Lors de son deuxième séjour à l'hôpital, on ne lui fit rien, et il faut bien que la mention de la guérison soit une inadvertance, puisque le père reporta son enfant à la consultation du 3 mars, où M. Guérin l'opéra de nouveau. Après les opérations, on mettait les jambes dans des bottines mécaniques, fabriquées par le mécanicien de M. Guérin, et que les parents étaient obligés de payer. Ces bottines ne duraient guères plus de six semaines ; elles coûtaient de 20 à 25 francs et fatiguaient beaucoup l'enfant ; de telle sorte que la mère désolée a fini par s'adresser à un autre fabricant, dont les bottines, à son dire, coûtent moins cher et soulagent mieux l'enfant que celles de M. Guérin.

Le pied droit, à peine affecté, peut être maintenu dans un brodequin ordinaire ; le pied gauche est encore tellement déformé que, quand l'enfant n'a pas sa bottine, il appuie sur le sol par la tête postérieure du 5e os métatarsien.

Ce fait nous offre un premier exemple d'une étrange anomalie, qui ne se rencontre que dans les services orthopédiques, de malades traités dans un hôpital et obligés d'y payer les appareils dont ils ont besoin. Nous ne savons trop même comment nous en rendre compte ; car nous avons sous les yeux le chiffre des dépenses faites par l'administration pour ce service même, en 1840, 1841 et 1842, et qui s'élèvent à plus de 2000 francs. Quoi qu'il en soit, cette sorte de contribution exigée des parents pourrait enfin se justifier par des raisons de nécessité et d'économie ; mais il s'y en joint quelquefois une autre qui n'a plus le même caractère.

Observation IIe.—Eugénie Briard, âgée de 6 ans, demeurant rue de l'École-de-Médecine, 37 ; entrée le 31 août 1842, désignée comme ayant un pied-bot valgus, sortie le 29 septembre ; la pancarte est signée Guérin, mais sans aucune note touchant l'état de la cure. J'ai vu cette jeune fille par hasard ; elle ne doit pas compter parmi les guérisons ; mais son observation est utile à conserver.

Née avec une très belle conformation, elle eut à deux ans des convulsions à la suite desquelles la jambe gauche demeura paralysée. Peu à peu la jambe parvint à se fléchir et à s'étendre ; mais le pied pendait sans force et sans mouvement ; M. Bouvier consulté reconnut la paralysie, prescrivit une bottine à ressort pour assujétir le pied dans une position normale, et pour le reste s'en remit au temps et à la nature. Après 3 ans, la paralysie avait bien peu diminué ; le pied pendait en bas et se déviait en dehors ; on la porta à M. Guérin qui écrivit sur la pancarte : *pied-bot valgus* ; et qui, au dire de la mère, lui coupa le tendon d'Achille. A sa sortie, il la munit d'une bottine que la mère paya 20 francs ; et lui promit que l'enfant guérirait de son pied-bot, mais non peut-être de sa paralysie. Au moment où nous écrivons, le pied est dans le même état qu'avant le traitement ; la démarche est extraordinairement vacillante ; le rachis commence à se dévier ; la jambe est raccourcie d'un centimètre ; le pied d'autant ; le mollet a 3 centimètres de moins que celui du côté sain.

S'il s'agissait ici d'une discussion de thérapeutique, nous aurions bien quelque chose à dire de cette section du tendon pour une paralysie. Mais nous avons été surtout frappé d'une circonstance du récit de la mère ; le pied a été moulé à l'hôpital ; et c'est la mère qui a payé le moulage. Nous devons à nous et à nos collègues de déclarer que cela ne se fait, à notre connaissance, dans aucun service de chirurgie des hôpitaux de Paris.

2° *Courbure rachitique de la jambe.*

Observation IIIe.—La fille Lachat, âgée de 3 ans, entrée le 12 février 1842, sortie le 1er mars, *guérie :* signé Guérin.

Cette guérison obtenue en 17 jours nous intéressait vivement. Nous envoyâmes d'abord un

de nos élèves s'assurer de l'adresse, rue du faubourg Saint-Antoine, 151 ; la famille avait déménagé et l'on ignorait sa nouvelle demeure. Mais les voisins interrogés déclarèrent que l'enfant n'avait jamais marché, et qu'au total elle était morte peu de temps après sa sortie de l'hôpital.

3° *Déviation essentielle des genoux.*

OBSERVATION IVe.—Lemaître, âgé de 4 ans, rue Coquillère, n° 11, entré le 25 août 1841, sorti le 5 avril 1842, *guéri :* signé GUÉRIN.

Né avec une bonne conformation, cet enfant avait été mis en nourrice; il en revint à l'âge de 3 ans avec une déviation du genou droit en dedans. Plusieurs médecins successivement consultés furent d'avis d'insister sur les bains d'eau salée, et sur l'exercice au grand air. Le mal ne fit qu'empirer, l'enfant ne se traînait qu'en posant presque le genou à terre, lorsqu'il entra dans le service de M. Guérin. Il paraît qu'on lui fit une ou deux sections sous-cutanées; puis on lui donna une vieille machine qui avait déjà servi à un autre; et il fut renvoyé, comme il a été dit, après 225 jours de séjour à l'hôpital. Au dire de la mère il n'était pas si bien guéri qu'au dire de la pancarte ; le genou était toujours un peu dévié ; l'enfant ne pouvait marcher sans sa machine, et même avec elle la marche était encore très pénible; on l'envoya à la campagne où il reprit des forces; alors la marche se fit mieux, toutefois sans quitter la machine. Enfin celle-ci étant hors de service au commencement de 1843, on laiss l'enfant à lui-même, et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que la difformité tendait à s'accroître. La mère, fabricante de corsets, lui fit un bas lacé montant jusqu'au haut du genou et garni de baleines; avec ce secours, dit-elle , l'enfant marche assez bien; cependant il est *toujours un peu bancal*, et, du reste, *comme il l'était à sa sortie de l'hôpital.*

4° *Difformité de la hanche; abcès par congestion.*

OBSERVATION Ve.—Fille Champmartin, âgée de 8 ans, rue de la Grande-Truanderie, 47 bis; entrée le 8 décembre 1841, sortie au bout de 14 jours ; rentrée le 5 janvier 1842, sortie le 28 mai suivant, *guérie :* signé Guérin.

Nous attachions une certaine importance à ce fait, unique exemple de guérison d'un abcès par congestion qu'il nous fût donné de vérifier. Nous allâmes nous-mêmes à l'adresse indiquée ; on nous répondit que, loin d'être guérie, l'enfant était revenue de l'hôpital *dans un état pitoyable*, et qu'elle était morte 8 à 10 jours après.

5° *Luxation congéniale des deux fémurs.*

OBSERVATION VIe.—J. Geneviève Quin, âgée de 14 ans, entrée à l'hôpital le 1er août 1839, sortie sans note le 24 septembre suivant; rentrée le 3 octobre de la même année, sortie le 25 mars 1843 , *guérie :* signé GUÉRIN.

Cette jeune fille demeurant rue Mouffetard, 101, je priai un de mes élèves, jeune docteur des plus distingués, de la visiter d'abord; elle avait déménagé et demeure maintenant rue Croulebarbe, 13.

Elle portait depuis sa naissance une double luxation coxo-fémorale. La mère dit que, l'ayant conduite à diverses reprises au bureau central, toujours on lui déclara que sa fille ne marcherait plus à l'âge de 10 ans, si elle n'était traitée par un orthopédiste. M. Lisfranc la recommanda à M. Guérin, lequel la traita d'abord chez elle, à l'aide d'un lit en fer sur lequel elle était assujétie par un corsage et des courroies. Après dix-huit mois écoulés, le service orthopédique ayant été ouvert, M. Guérin l'y fit entrer à deux reprises comme il a été dit; et continua un an encore le traitement déjà commencé. Au bout de ces deux ans et demi, il fit une première opération; et, dix mois après, une deuxième fut pratiquée sur l'autre hanche. Quelque temps après, elle fut placée dans un chariot à l'aide duquel elle pouvait faire quelques exercices. Elle ajoute que l'appétit et la santé générale ont notablement gagné durant son séjour à l'hôpital.

Voici ce que l'on a pu constater de son état actuel. Les membres inférieurs sont très maigres, les trochanters très saillants et ne paraissent pas jouir d'un mouvement de rotation aussi étendu qu'à l'état normal; ce mouvement est surtout très borné pour le trochanter gauche. La démarche est singulièrement vacillante; le tronc renversé en arrière décrit à chaque pas des oscillations dont l'arc mesure à droite et à gauche de la verticale des angles de 25 à 30°; les deux bras manœuvrant en façon de balancier pour sauver l'équilibre. Elle marche ainsi seule par la chambre; elle a été aussi jusqu'à la barrière Fontainebleau, non plus loin,

et encore aidée de sa mère ; il est vrai que M. Guérin, tout en la déclarant guérie, a expressément recommandé à la mère de ne lui laisser monter ni escalier ni plan ascendant sans l'aider. Les jambes étant aussi très faibles, il a recommandé de la porter dans les champs pour lui faire reprendre des forces. La malade garde encore un appareil à courroies pour soutenir l'articulation du genou, qui est affaiblie. Ajoutons enfin qu'on la conduit de temps à autre à la consultation de M. Guérin, à la Muette.

Ces renseignements suffisent pour juger si en effet la guérison est complète ; du reste, ils n'ont pu même être obtenus que par une sorte de surprise, et voici comment. Quand M. le docteur X.... se présenta, la jeune fille était seule et se prêta sans résistance à ses investigations ; mais la mère survint au milieu de l'examen, et déclara qu'elle avait promis à M. Guérin de ne montrer sa fille à personne. Fort étonné de cette mesure, et ayant peine à y croire, nous allâmes nous-même lui faire visite ; nous fûmes arrêté au premier mot par cette question d'ordre : *Venions-nous de la part de M. Guérin?* Et comme cet indispensable laissez-passer nous manquait, non pas assurément par notre faute, mais par les raisons que connaît le lecteur, nous ne pûmes pas même dépasser le seuil de la porte.

Nous ne ferons à cet égard d'autre réflexion que celle-ci : nous déclarons, en ce qui nous concerne, que jamais nous n'opposerons d'aussi tristes obstacles à la vérification de résultats chirurgicaux que nous aurions publiés ; et nous croyons pouvoir affirmer que pas un de nos collègues des hôpitaux n'aurait eu l'idée d'y recourir.

6° *Déviation latérale de l'épine.*

Observation VII^e^.—Mademoiselle Henry, âgée de 14 ans, rue Neuve-des-Petits-Champs, 3, entrée le 3 novembre 1841, sortie sans note le 11 décembre ; rentrée le 22 du même mois, sortie le 12 février 1843, *guérie :* signé Guérin.

Cette jeune fille a commencée à être atteinte à l'âge de 11 ans d'une déviation de l'épine à gauche, sans cause connue. A l'hôpital on lui a fait deux incisions sous-cutanées, puis on lui a appliqué une ceinture analogue à celle de Hossard, qui la gênait et la blessait même, en sorte qu'elle y a renoncé. La mère a payé 40 francs pour la ceinture et 6 francs pour le moulage. Elle est sortie non guérie, ne voulant plus se soumettre à aucun traitement ; la mère dit même que la déviation a augmenté à l'hôpital, et attribue cet accroissement aux sections qui ont été faites.

7° *Torticolis ancien.*

Observation VIII^e^.—Fille Crenel, âgée de 7 ans ; entrée le 9 mai 1840, sortie le 4 août suivant, *guérie :* signé Guérin. Cette jeune fille demeurait alors rue du Temple, 57 ; aujourd'hui elle reste rue du Cloître-Saint-Merry, 3.

Elle avait 6 ans et demi lorsque, à la suite d'une scarlatine pour laquelle on lui avait appliqué des sangsues au cou, elle eut les ganglions du côté gauche du cou engorgés, et la tête demeura inclinée sur l'épaule gauche, avec un mouvement de rotation à droite. On appliqua des sangsues, puis des vésicatoires ; on parvint à résoudre en partie les ganglions, mais le torticolis persistait. Enfin elle fut conduite à l'hôpital des Enfants, où M. Guérin fit la section du muscle et la garda trois mois. A sa sortie, il fut recommandé à la mère d'attacher la tête de la jeune malade dans son lit. Le torticolis était fort amélioré ; mais il n'était pas et n'a jamais été guéri ; et la tête est encore aujourd'hui inclinée à gauche et tournée à droite, comme elle était à sa sortie de l'hôpital.

Nous noterons ici que le moulage a été fait, mais que les parents n'ont rien payé.

8° *Contracture de la mâchoire.*

Observation IX^e^. — Marie Denis, âgée de 9 ans, rue de la Vareine, à Saint-Maur, n° 5 ; entrée le 5 novembre 1842, sortie le 17, *sur la demande de son père ;* rentrée le 26, sortie le 14 février 1843, *sur la demande expresse de sa mère ;* telles sont les notes des deux pancartes.

En conséquence, nous n'avions pas eu d'abord l'idée de nous enquérir de l'état de cette jeune fille, puisque le traitement paraissait avoir été deux fois interrompu contre la volonté de M. Guérin. Mais, en examinant le relevé, nous fûmes frappé de cette circonstance, qu'il ne s'était présenté dans le service qu'un seul cas de *fausse ankylose de la mâchoire inférieure*, et que ce cas était porté parmi les *guérisons complètes*. Il n'y avait pas à s'y tromper ; il s'a-

gissait de la même malade; et sans nous arrêter à l'indication de la pancarte, il nous parut très possible que la guérison eût été achevée dans des consultations particulières. Nous priâmes donc M. le docteur X... de vouloir bien rechercher cette enfant; et il nous transmit les détails qu'on va lire.

A l'âge de 8 ans, l'enfant avait été atteinte d'une fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle un abcès s'était développé dans la joue gauche. L'abcès se vida, mais il resta à sa place un noyau dur qui empêchait la mâchoire de s'ouvrir. Plusieurs dentistes furent consultés inutilement; et, enfin, on la mena à l'Hôpital des Enfants. M. Guérin pratiqua plusieurs incisions sous-cutanées, en pénétrant tantôt par la joue, tantôt par la bouche; le tout sans amélioration bien notable; voici quel est l'état actuel.

Quand la mâchoire est abandonnée à elle-même, elle peut s'écarter en avant d'un centimètre de la mâchoire supérieure, et jouit de mouvements très faciles dans cette étendue, mais sans aller au delà. Le côté droit de la mâchoire ne présente rien d'anormal; à gauche, à l'extérieur, la joue abondamment pourvue de tissu adipeux est molle au toucher; au contraire, en portant le doigt dans la bouche, on sent une bride extrêmement forte et résistante, formée principalement par un noyau induré de 2 à 3 centimètres d'étendue. Mais, par l'ordre de M. Guérin, la jeune fille porte habituellement entre les mâchoires une sorte de bâillon en bois, taillé en mortaise à son extrémité supérieure pour recevoir les dents d'en haut, aplati à son extrémité inférieure pour appuyer sur les dents d'en bas. Par suite de cette pression, les dents inférieures ont été déviées, de telle sorte que le bâillon n'est plus disposé verticalement, mais obliquement entre les deux mâchoires; et la mère craint que l'emploi prolongé de ce bâillon ne finisse par avarier toutes les dents sur lesquelles il porte. Du reste, elle va de temps à autre à la Muette, afin que M. Guérin juge des progrès du traitement.

Ici s'arrêteront nos observations. Malgré toutes les précautions prises pour éviter des erreurs, nous avons été assez malheureux pour ne pouvoir pas rencontrer une seule guérison complète; dans quelques cas il y a eu des améliorations évidentes; dans d'autres les sujets sont restés dans le même état, et enfin il en est dont manifestement la position est devenue pire. Nous serions-nous toujours trompé? Ces guérisons indiquées et signées sur les pancartes ne comptent-elles point parmi les guérisons du tableau? La chose après tout est possible; cependant nous avons visité au hasard quelques-uns des malades qui n'étaient point déclarés guéris, et l'on a vu dans l'observation II^e avec quelle raison l'on s'était abstenu de noter la guérison.

Mais, après tout, il y a une observation sur laquelle le doute n'est pas possible. C'est cette *fausse ankylose de la mâchoire,* que le relevé nous donne comme complétement guérie; et ici non-seulement il n'y a pas eu erreur de notre part, mais il n'est guère possible qu'il y ait eu illusion de la part de M. Guérin, puisqu'il suit encore le traitement de cette malade à la Muette.

Toutefois, nous le déclarons, nous ne voulons pas nous prononcer encore. Nous avons appris par trop d'illustres exemples comment des esprits ardents se laissent quelquefois décevoir dans l'appréciation de leurs succès, regardant comme des faits accomplis des espérances encore lointaines, et prenant leurs désirs pour des réalités. Il est dur alors de reconnaître qu'on s'est trompé; mais c'est un sacrifice d'amour-propre que les plus grands maîtres n'ont pas rougi de faire à la science. Peut-être enfin ne s'agit-il même en cette occasion que de quelques éclaircissements qui nous ont manqué; quoi qu'il en soit, au point où les choses en sont arrivées, nous estimons, pour emprunter les paroles de M. Guérin, qu'en toute conscience et en toute dignité il jugera nécessaire de répondre.

De l'hydropisie du col utérin, *par* **M. Jobert,** *chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.*

Parmi les nombreuses maladies qui affectent le col de l'utérus, il en est une qui n'a encore, je crois, été décrite par personne, c'est sa dilatation anormale.

J'ai eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer cette dilatation, à laquelle j'ai donné le nom d'*hydropisie du col;* et j'en ai fait le sujet de conférences cliniques qui ont été re-

produites dans la *Gazette des hôpitaux*, par un jeune médecin fort distingué, M. Laborie. Aujourd'hui que le temps m'a permis de vérifier mes premières données, et de constater surtout les bons effets du traitement mis en usage, je crois faire une chose utile en présentant aux praticiens l'histoire d'une affection jusqu'ici peu ou point connue, et trop facile à confondre avec d'autres. Je rapporterai d'abord l'observation d'une de mes malades, qui servira comme de texte et de base à la description générale.

Observation.—La nommée L..., âgée de 38 ans, couturière, entra à l'hôpital Saint-Louis le 11 octobre 1841, pour y recevoir mes soins.

Forte et vigoureuse, bien que d'un tempérament lymphatique et assez habituellement souffrante, cette femme n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse. Toutefois elle raconta que, depuis l'époque de la puberté, elle avait ressenti des pesanteurs qu'elle rapportait à la région anale, des douleurs dans le siége, dans les aines, dans les cuisses, dans les reins, avec une sensation de poids au dessus du pubis, le tout accompagné de flueurs blanches gluantes et qui par moment s'écoulaient en grande quantité, ce qui soulageait beaucoup la malade. Comme ces symptômes s'étaient aggravés avec le temps, elle crut devoir réclamer les conseils d'un chirurgien.

En procédant d'abord par le toucher, je reconnus que le col utérin offrait un volume considérable, qu'il était mou et comme fluctuant, et je ne pus découvrir cependant aucune déchirure autour de son orifice. Cette sensation de fluctuation était encore plus distincte lorsque je pressais sur la région hypogastrique avec l'autre main. Le col appuyait sur le rectum, et par son poids il gênait nécessairement les fonctions de cet intestin.

Examiné au spéculum, le museau de tanche offrit un orifice extrêmement rétréci et à peine visible ; sa circonférence présentait de la rougeur et quelques excoriations. En pressant avec les valves du spéculum sur la circonférence du col, on en expulsait une très grande quantité de mucus, qui d'abord était exempt de mélange, et qui vers la fin de l'écoulement était trouble et mêlé à du pus.

Le col était excessivement dilaté, et cette dilatation était uniforme partout. Lorsque le mucus était expulsé, cet organe semblait flétri, diminué de volume, flasque.

J'employai d'abord des injections légèrement astringentes, le repos, les cautérisations superficielles faites avec le nitrate acide de mercure liquide. Après un repos assez prolongé et l'usage des bains, des injections, les pesanteurs que cette malade ressentait au périnée, les douleurs qu'elle éprouvait dans la région épigastrique, et contre lesquelles la valériane et les ferrugineux avaient été administrés en vain, avaient diminué d'intensité. Mais aussitôt que cette femme marchait, les mêmes symptômes se reproduisaient, et il fut évident alors que la dilatation, dont le col de l'utérus était le siége, produisait tous les symptômes dont elle se plaignait ; et il me parut aussi assez clairement prouvé que, si je parvenais à dilater l'orifice du col et à rendre l'écoulement du mucus plus facile, la malade guérirait ; et c'est en effet ce qui arriva.

Je proposai donc à la malade de dilater le col de l'utérus, ce qu'elle accepta de suite. J'aurais bien pu tenter cette dilatation avec l'éponge préparée ; mais les essais que j'avais faits dans une autre circonstance n'ayant pas été satisfaisants, j'eus recours à la dilatation par le bistouri. Le museau de tanche fut donc saisi avec des pinces de Museux et tiré en bas, puis je débridai l'orifice par deux incisions latérales, faites avec des ciseaux à lames étroites, à l'endroit où doivent exister les commissures et dans toute l'épaisseur des tissus. A l'instant il s'écoula beaucoup de mucus et une certaine quantité de sang, sans aucune tendance hémorrhagique Le col s'affaissa, et dès ce moment les pesanteurs, les douleurs que la malade éprouvait diminuèrent, puis disparurent totalement. Des bourgeons se développèrent sur les lèvres de la plaie, mais l'orifice du col demeura très large, et le mucus dès lors put s'échapper facilement de sa cavité. Peu de temps après, la malade sortit parfaitement guérie de l'hôpital.

Il est évident que chez cette femme la sécrétion fournie par les follicules qui entrent dans la structure du col était très abondante, et que l'orifice du museau de tanche n'offrait

pas une dilatation suffisante pour livrer passage à ce liquide. De là une accumulation qui m'a paru justifier la dénomination d'*hydropisie du col.*

Il existe en ce moment, dans une de mes salles, une malade atteinte d'une affection semblable, mais à un degré moins avancé. C'est une jeune fille de 20 ans, bien constituée, quoique d'un tempérament lymphatique manifeste; réglée depuis l'âge de 15 ans, ses menstrues ont toujours été abondantes et régulières; elle se plaint néanmoins, depuis l'époque de leur établissement, de maux de reins presque continuels auxquels se joignent, par intervalles, des tiraillements dans les aines, des pesanteurs au périnée et des douleurs d'estomac. Elle est sujette, en outre, à un écoulement leucorrhoïque abondant et presque continuel. Examiné au speculum, le col se présente considérablement développé, et sa surface, uniformément bombée, est remarquable par sa teinte pâle. Son centre est occupé par un petit orifice circulaire, par lequel s'écoule un mucus clair et abondant. En pressant avec l'extrémité d'une tige en bois sur le tissu du col, ce tissu se laisse déprimer et revient ensuite sur lui-même; si la pression est exercée au voisinage de l'orifice, on voit le liquide s'écouler avec plus d'abondance dans le vagin.

Cette affection se rencontre ordinairement chez des femmes d'un tempérament lymphatique; mais surtout et exclusivement chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, et dont la menstruation se fait mal et donne lieu à une très faible perte de sang. Sans réagir sur la santé d'une manière grave, cette maladie, en outre des symptômes locaux, donne lieu cependant quelquefois à certains phénomènes sympathiques qui peuvent en imposer et faire croire à une affection plus grave de l'utérus.

Il est bien entendu que cette maladie présente des degrés divers, lesquels se traduisent nécessairement par des symptômes qui sont en raison directe du développement de l'altération. Dans tous les cas ces symptômes sont uniquement déterminés par la compression, sans que l'on puisse découvrir aucune lésion organique.

Aspect du col.—L'orifice du col est extrêmement étroit et à peine visible; le col est plus volumineux que dans l'état normal; il est uniformément développé, comme hypertrophié; on ne distingue pas le museau de tanche.

Quand la maladie est peu développée, on distingue à l'orifice du col une sorte de petit bouton comme un cul de poule.

A un plus haut développement de l'affection, cette espèce de saillie est bien moins marquée, parce que tout le col a pris bien plus de volume.

Du reste, généralement, lorsque cette hydropisie existe, le col est sain à sa surface; seulement la muqueuse est plutôt pâle que rosée, comme si le sang en avait été exprimé par la compression.

Dans quelques cas cependant on rencontre des ulcérations superficielles à la surface du col. Je considère ces ulcérations comme des complications qui sont survenues indépendamment de l'altération principale.

Le doigt, porté sur le col de l'utérus par le vagin, est loin d'y rencontrer la dureté que l'aspect seul aurait pu faire diagnostiquer; on acquiert la preuve que le tissu du col offre peu de résistance, et on perçoit assez manifestement un sentiment de fluctuation. Le toucher par le rectum est moins capable de faire juger de la consistance du col, mais on reconnaît facilement son développement anormal jusqu'au dessus de son insertion vaginale.

Quand la maladie est sans complication d'ulcérations, les malades ne perdent point de liquide purulent; dans le cas contraire, on aperçoit à la surface du col un enduit de muco-pus qui pour moi devient le signe pathognomonique de l'ulcération.

Si on introduit avec précaution une sonde de femme dans l'orifice utérin, on voit sortir une très grande quantité de liquide, et immédiatement le col perd de son volume; il s'affaisse.

Le liquide qui s'écoule est filant, blanc, jaunâtre, transparent. Il arrive quelquefois, sans que cela ait été provoqué par aucune manœuvre, que les femmes perdent une très grande quantité de ce liquide, et il en résulte un soulagement instantané.

On comprend facilement la gêne que fait éprouver le développement anormal du col par cette accumulation de liquide; les malades éprouvent alors inévitablement des phénomènes analogues à ceux qui accompagnent les hypertrophies de cet organe; c'est ainsi qu'elles ressentent des pesanteurs sur le fondement, quelquefois des tiraillements dans les aines, etc., etc.; aussi cette maladie peut-elle être confondue avec l'hypertrophie : c'est ainsi que j'ai observé une femme, qui, présentant une affection de ce genre, avait été plusieurs mois en traitement pour une prétendue hypertrophie du col de l'utérus. Les traitements suivis par la malade n'avaient amené, comme on le pense bien, aucun soulagement. Du reste, il sera facile de distinguer ces deux affections en tenant compte, 1° de la présence de ce petit tubercule qui persiste d'une manière assez marquée à l'orifice du col, tant que cet organe n'a pas acquis un développement trop considérable ; 2° de la mollesse fluctuante que le toucher permet de reconnaître ; 3° enfin, de la sortie d'un liquide dont j'ai donné les caractères, lorsqu'on pénètre avec une sonde dans l'intérieur du col.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le diagnostic différentiel ; car, avec ces trois caractères constants, il ne sera pas possible de confondre l'hydropisie du col de l'utérus avec les autres affections de cet organe. Je dois ajouter, comme caractère bien particulier à cette affection, que l'apparition des menstrues détermine un soulagement manifeste ; ce qui s'explique facilement, car le liquide menstruel, en se faisant jour, doit nécessairement aussi entraîner une partie ou la totalité du liquide accumulé dans la cavité du col.

La cause de cette maladie doit évidemment être attribuée à une dilatation et une sécrétion anormales des follicules que l'on rencontre en si grande quantité dans le col, et qui se laissent distendre à la manière des follicules sébacés de la peau.

Traitement.—Tous les traitements habituels dirigés contre cette maladie méconnue le sont en vain; un seul moyen peut débarrasser promptement et purement les malades. On devra pratiquer des incisions sur le col utérin dans le sens des commissures. En débridant ainsi le col on se rend maître de la maladie; on voit immédiatement s'écouler une quantité considérable de ce liquide filant dont j'ai parlé, et le col s'affaisse.

Il s'écoule aussi une certaine quantité de sang ; plus tard on voit se développer des bourgeons charnus ; et les malades guérissent avec un agrandissement de l'orifice qui, en permettant le facile écoulement des liquides secrétés, met obstacle à une récidive.

Mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie par l'azotate d'argent à haute dose, et sur l'emploi des injections caustiques à toutes les périodes de l'uréthrite ; *par* A. Debeney, *D. M. P., chirurgien aide-major au 12e de ligne.*

Une grande erreur règne généralement en France, sur l'effet des injections caustiques dans le canal de l'urèthre ; l'azotate d'argent n'est guère employé qu'à très faibles doses, suivant la méthode de MM. Serre (de Montpellier) et Ricord, c'est-à-dire dans la blennorrhagie passée à l'état chronique. On essaie alors *de changer le mode de vitalité de la muqueuse*, par des injections où l'azotate d'argent entre dans la proportion d'un à 10 centigrammes au plus, pour 30 grammes d'eau distillée. Le traitement abortif connu sous le nom de Carmichaël, chirurgien en chef de l'hospice des vénériens de Dublin, et dans lequel l'azotate d'argent est employé à la dose de 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau, est très peu usité en France. Le professeur de Montpellier, dans son mémoire de 1835, se récrie contre l'audace d'un médecin qui a osé introduire dans l'urèthre de son malade une telle proportion d'azotate d'argent. Tous les médecins à qui j'ai parlé de ma manière d'opérer à haute dose m'en ont paru fort étonnés. Enfin, les auteurs spéciaux les plus récents s'élèvent, en général, contre la méthode abortive de Carmichaël. Les plus favorables, tout en reconnaissant comme un axiome incontestable de pathologie et de thérapeutique générales, qu'au début d'une phlegmasie une irritation

artificielle peut arrêter le développement de la maladie, professent que cette méthode quand elle n'est pas appliquée à temps ou avec assez d'énergie, a pour effet d'augmenter les accidents qu'on cherche à prévenir, et qu'elle ne peut être tentée avec quelque chances de succès que tout à fait au début, avant que les caractères de l'inflammation se soient prononcés.

De nombreuses expériences m'ont démontré la fausseté de cette manière de voir. Il sera prouvé, par les faits que je vais exposer, que les craintes des auteurs et les prohibitions théoriques ne sont fondées que sur des idées préconçues, contraires à la réalité; que la cautérisation de la membrane muqueuse de l'urèthre par l'azotate d'argent, depuis la proportion d'un demi-gramme jusqu'à celle d'un gramme et plus par trente grammes d'eau, peut être pratiquée à toutes les périodes de la blennorrhagie, sans accidents consécutifs ; enfin que, si cette cautérisation ne supprime pas toujours immédiatement l'écoulement, elle a pour effet ordinaire de faire avorter l'inflammation au début, ou de l'éteindre après son développement.

Ces expériences sont nombreuses, et les résultats en sont trop positifs, pour que j'hésite plus longtemps à les faire connaître.

1° *Injections au début de la blennorrhagie, ou abortives.*

J'ai commencé à employer les injections caustiques dans les cas où la méthode abortive est en quelque sorte tolérée, c'est-à-dire au début de l'uréthrite, avant que les symptômes de l'inflammation fussent développés.

Placé sous l'influence des idées générales sur le danger des injections caustiques dans le canal de l'urèthre, je n'aurais point osé en essayer l'emploi, si les faits dont j'avais été témoin à l'infirmerie des Invalides ne m'avaient rassuré à cet égard.

J'avais observé, en 1838, à la clinique de M. Pasquier fils, chirurgien en chef, sous les ordres duquel je servais en qualité de sous-aide, que les inflammations déterminées par la cautérisation du canal de l'urèthre, pour la cure des rétrécissements, étaient fort superficielles, et n'excédaient pas la durée de vingt-quatre heures.

Observation Ire.—M. X..., officier du 66e de ligne, voyageant de Lyon à Paris, s'aperçut, le 11 avril 1840, à sept heures du matin, qu'il était atteint de blennorrhagie. L'uréthrite marchait assez vite; le soir, l'écoulement était déjà considérable, l'extrémité du méat très rouge, et la miction accompagnée d'une vive cuisson. A neuf heures du soir, je pratiquai une injection à la dose de 60 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé, pour 30 grammes d'eau distillée. Douleur atroce dans le canal, retentissant dans les testicules et le long des cordons; inflammation violente; excrétion, pendant la nuit, d'un pus blanc, abondant, épais. Le lendemain, à huit heures du matin, les urines, rendues assez difficilement et avec une douleur modérée, expulsent devant elles, sous forme de pellicules blanches, l'escarre de la muqueuse. A onze heures, l'écoulement est tari, le canal est sec, et la miction sans douleur. Aucun accident n'a reparu.

Observation II.—Le 6 juin 1840, M. Z..., officier au 66e de ligne, vint me confier qu'il avait été pris, dans la nuit, d'un écoulement qui s'accompagnait déjà de douleur, et dont il rapportait l'origine à un coït pratiqué cinq jours auparavant. Le soir, à neuf heures, je lui fis une injection à la dose de 60 centigrammes d'azotate d'argent, pour 30 grammes d'eau. Le 7, à midi, il me dit qu'il avait trouvé à son réveil les traces d'un écoulement très abondant, qui était tari depuis près de deux heures; le méat était sec, le pénis non gonflé, et la miction sans douleur. Je lui recommandai de garder le régime pendant quelques jours, de s'abstenir de vin pur, de café, et surtout de bière. Mais M. Z..., enchanté d'une guérison si prompte, ne tint nul compte de ces recommandations. Le jour même, il alla dîner en ville, prit du café, et passa la soirée à boire de la bière. Le lendemain l'écoulement était revenu. Comme il était peu abondant et sans douleur, je pensai qu'il s'arrêterait de lui-même; mais au contraire il alla en augmentant; des signes d'irritation aiguë se manifestèrent, et la douleur était vive le quatrième jour.

Le 12, au soir, deuxième injection, dans la même proportion que la première fois. Le 13 au matin, 14 heures après l'injection, la douleur est supprimée; il reste un léger écoulement.

Je fais pratiquer quatre injections par jour avec une solution d'acétate de plomb. Le 16, l'écoulement a cessé; il ne reste plus dans le canal qu'une sensation de chatouillement, qui se dissipe au bout de quelques jours. J'ai remarqué que cette sensation de chatouillement, accompagnée de spasmes, fort incommode et quelquefois plus intolérable que la douleur, est la suite assez ordinaire des injections avec l'acétate de plomb.

Cette expérience ne me parut pas moins concluante que la première. D'abord, j'avais eu un succès complet; puis, l'uréthrite s'étant développée de nouveau sous l'influence d'une surexcitation alcoolique, une seule cautérisation avait fait avorter cette inflammation déjà assez avancée, et replacé la muqueuse dans un état tel que l'usage des astringents pendant trois jours avait arrêté la sécrétion anormale.

Observation III.—Je n'eus plus, pendant mon séjour à Orléans, qu'une seule occasion d'employer l'injection caustique au début de la blennorrhagie, et avec un plein succès; c'est-à-dire qu'une seule injection suffit pour supprimer l'uréthrite chez un soldat du 66e, après deux jours d'invasion.

Il est rare que les militaires ne négligent pas la blennorrhagie au début; ils se plaisent à ne la considérer que comme un simple *échauffement*, en sorte que, généralement, on ne peut les traiter que lorsque, à la revue mensuelle de santé, on les surprend en flagrant délit d'infection, ou lorsque la douleur et la crainte qu'elle fait naître les engagent, à une époque trop avancée, à réclamer les secours du médecin.

Observation IV.—En arrivant à l'étape d'Arpajon, pendant la route d'Orléans à Versailles, X..., sergent au 66e, vint me consulter pour une blennorrhagie qui s'était déclarée au départ d'Orléans, cinq jours auparavant, et qui lui rendait la marche très pénible. Le pénis était gonflé, l'orifice du méat très rouge, et l'écoulement fort abondant. Je lui demandai s'il voulait se soumettre à une médication douloureuse, mais dont il ne resterait pas de trace le lendemain : sur sa réponse affirmative, je lui pratiquai une injection à la dose de 60 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, à une heure de relevée. Je dois dire que cet homme souffrit horriblement. Le soir, à huit heures, la diminution de la douleur avait ramené le calme : le lendemain, à cinq heures du matin, c'est-à-dire seize heures après l'injection caustique, le sergent vint tout radieux me dire que je l'avais guéri, qu'il ne souffrait plus du tout, et qu'il avait rendu son urine, le matin, sans difficulté.

Il me dit aussi qu'il avait pissé un peu de sang au commencement de la nuit. Je cherchai à m'expliquer ce fait de cette manière : les capillaires sanguins qui rampent à la surface de la muqueuse, développés et turgescents par le fait du mouvement inflammatoire, ont pu être intéressés dans l'escarre superficielle faite à la membrane : de là l'écoulement de quelques gouttes de sang. Du reste, cette circonstance que je regardais alors comme fâcheuse, je l'ai observée depuis dans une proportion que j'estime au dixième des cas, et je ne l'ai jamais vue suivie d'aucun accident; je me crois donc fondé à ne lui attribuer aucune importance. Pour revenir au sujet de l'observation, l'écoulement ne fut point supprimé, il fut seulement très diminué; les jours suivants, l'irritation reprit de l'acuité, ce qui s'explique suffisamment par les fatigues d'une route faite dans les plus grandes chaleurs de l'été, et par l'absence du régime. Arrivé à Versailles, mon éloignement du corps m'a fait perdre ce sujet de vue. Mais le cas n'en reste pas moins avec toute sa signification, comme exemple d'une injection caustique pratiquée dans le canal de l'urèthre après le développement des symptômes inflammatoires; injection qui, non-seulement n'a pas été suivie de l'exaspération de l'inflammation, ce que la théorie aurait pu faire craindre, mais qui a, au contraire, supprimé cette inflammation en peu d'heures; quarante sangsues au périnée n'auraient certes pas produit un résultat aussi prompt et aussi complet.

Observation V.—Le 14 août 1840, M. Z..., du 66e du ligne, me dit qu'il s'est aperçu, le matin, d'un suintement inaccoutumé par l'urèthre; je lui propose la cautérisation abortive; il la refuse en me disant que ce peut bien n'être qu'un échauffement produit par la boisson et par la répétition fréquente de l'acte vénérien. Quatre jours après, il revient me trouver avec un écoulement bien établi et de la douleur dans le canal. Je prescris une injection à la dose de

60 centigrammes d'azotate d'argent dans 30 grammes d'eau, qu'il doit faire à cinq heures du soir. Je vais le voir à neuf heures : l'injection a été faite, la douleur qui l'a suivie est déjà calmée; il m'avoue que, dans la crainte d'une trop grande souffrance, il a mélangé d'eau l'injection ordonnée, dans la proportion de moitié. Sur mes observations, il se soumet à l'injection suivant la dose prescrite, et je la lui pratique moi-même sur-le-champ. Le lendemain, à une heure de relevée, il n'y a plus de douleur, et l'écoulement est supprimé. Il n'a pas reparu.

Observation VI.—Le 15 janvier 1841, M. X..., du 12e de ligne, s'aperçut d'un écoulement à 7 heures du matin. Nous étions dans une petite ville; le pharmacien de la localité n'avait pas d'azotate d'argent cristallisé, et me demandait jusqu'au lendemain pour en préparer. Je me résignai à employer l'azotate d'argent fondu; mais, imbu de cette idée, fort exagérée sans doute, que l'azotate fondu était beaucoup moins pur que le même sel cristallisé, je fis triturer un gramme et demi du premier dans 30 grammes d'eau distillée. L'injection fut faite à neuf heures du soir. Je ne remarquai pas que l'inflammation produite fût plus intense que celle que j'avais déterminée précédemment par des injections moins chargées de caustique. Je vis mon malade le lendemain à midi; toute trace d'inflammation était dissipée depuis le matin; l'écoulement n'a point reparu.

Ces résultats tenaient du prodige, et je m'étonnais qu'une médication aussi puissante et aussi sûre, qu'un moyen aussi héroïque ne fût pas plus connu et plus pratiqué. Voilà, sur six cas, quatre succès complets après une seule cautérisation. Dans l'un des deux autres cas, le sujet (observation 2e) avait été guéri d'abord, et la réapparition de l'écoulement peut, avec toute raison, être attribuée à l'excès de régime commis le lendemain de l'injection; dans l'autre (observation 4e), l'inflammation était trop développée pour que j'eusse espéré l'anéantir en un seul coup : c'était beaucoup déjà d'avoir supprimé les symptômes de l'état aigu. J'aurais cru à l'infaillibilité de la méthode, si je n'avais su que trop d'éléments compliquent les cas pathologiques, et les différencient, pour qu'on puisse attendre d'une même médication un effet identique dans tous les cas. Les différences dans la constitution des individus, dans la vitalité de la membrane, dans l'intensité de l'affection, et sans doute aussi dans la nature et l'origine de la phlegmasie uréthrale, doivent nécessairement faire varier les résultats produits par l'action d'un même modificateur.

Observation VII.—M. Z..., du 12e de ligne, est affecté d'une blennorrhagie dont il ressent les premières atteintes pendant un bal, dans la nuit du 19 au 20 février 1841. Le 20, à dix heures du soir, la douleur étant faible encore, et l'écoulement peu considérable, injection caustique, à la dose de 60 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. Le lendemain, l'inflammation produite par l'injection s'est dissipée; il reste un peu d'écoulement. Cet écoulement, tari pendant le jour, reparaît le lendemain, 22. Le soir, à dix heures, seconde injection, cette fois à 70 centigrammes. Le 23, l'écoulement est supprimé; il ne reparaît pas jusqu'au 25 inclusivement. Ce jour-là M. Z... se livre au coït. Le 26 au matin, l'écoulement reparaît. Le 26 au soir, injection caustique semblable à la précédente. Le 27, il reste un suintement léger qui persiste pendant trois jours. Le 2 mars, je prescris six injections par jour, avec une solution concentrée d'acétate de plomb. A dater du 6 mars, l'écoulement a été supprimé et n'est pas revenu.

Dans cette observation, l'écoulement supprimé par la première injection reparaît. Une deuxième injection le supprime de nouveau; mais deux jours après, la congestion produite dans la muqueuse de l'urèthre par l'exercice du coït rétablit l'irritation sécrétoire. Une troisième injection caustique modifie de nouveau la vitalité de la membrane, et l'usage des astringents pendant quatre jours suffit pour tarir le flux blennorrhagique.

Observations VIII et IX.—Le 18 mars 1842, un caporal et un soldat du 12e de ligne se présentent avec un écoulement, établi chez l'un depuis trois, chez l'autre depuis quatre jours. L'irritation, chez tous les deux, est faible encore. Je prescris l'injection à 60 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. Le 19, quinze heures après l'injection, chez l'un il n'y a plus de douleur et l'écoulement est moindre, chez l'autre l'écoulement est augmenté et la douleur est plus vive. En examinant la fiole qui contient la matière

à injection commune à ces deux hommes, je remarque que cette fiole qui devait ne contenir primitivement que 30 grammes de liquide, en contient encore plus de 60. J'apprends alors que le pharmacien a représenté à mes soldats que la proportion prescrite d'azotate d'argent était beaucoup trop forte, par conséquent dangereuse, et qu'il a jugé à propos de porter à une quantité triple la proportion du véhicule. J'envoie prendre une injection chez un pharmacien sûr, et je pratique à ces deux hommes une injection à 60 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau; le lendemain, chez tous les deux l'écoulement a cessé, et, huit jours après, je m'assure qu'il n'a pas reparu.

Cette observation présente cela de singulier, que l'injection à moindre proportion d'azotate d'argent a augmenté l'irritation chez un des sujets, tandis qu'elle l'a diminuée chez l'autre. L'injection franchement caustique a produit le même résultat chez tous les deux, bien qu'ils ne fussent plus dans des conditions semblables.

Observation X.—M. Z... du 12e de ligne, s'aperçoit, le 10 août 1841, qu'il a un écoulement; il m'assure n'avoir pas vu de femme depuis douze jours. Le 10 au soir, injection à 60 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Le 11, à cinq heures du matin, l'inflammation produite par l'injection caustique est assez calmée pour que M. Z... puisse se rendre sans peine à l'exercice au *grand camp;* dans le jour l'écoulement cesse, pour recommencer le lendemain. Le 12 au soir, deuxième injection. Le 13, un faible écoulement persiste. Le 14, injection à 70 centigrammes. Le 15, après midi, il n'y a plus d'écoulement, non plus que le 16, le 17 et le 18.

Ce dernier jour, le sujet exerce le coït deux fois de suite. Le 19 au matin, l'écoulement est revenu. Le 20, injection à 80 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau. L'écoulement s'arrête le 21 et reparaît le 23. Le 23, injection à la même dose. Le 24, un faible écoulement persiste: injection avec l'eau blanche; le chatouillement et les spasmes de l'urèthre, déterminés par cet astringent, le rendent insupportable au malade, et je le remplace par le sulfate de zinc pendant quatre jours. Le suintement avec la goutte le matin persiste. Du 29 au 3 septembre, injection avec une dissolution de tannin. Ces astringents irritent un peu le canal de l'urèthre, et la miction produit une légère cuisson. Deux grands bains. Le 8 septembre, injection à 80 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau. Violente uréthrite comme à l'ordinaire. Au bout de dix heures, lorsqu'elle commence à se calmer, nouvelle injection dans les mêmes proportions. Quinze heures après, l'écoulement est supprimé; il n'a pas reparu, bien que le sujet de l'observation ait couché avec une femme au bout de cinq jours.

Dans cette observation, l'écoulement reparaît trois fois, et une fois après trois jours de guérison; mais, cette fois, son retour peut être expliqué par la congestion opérée dans la muqueuse par une double copulation. A quoi tient cette persistance que nous n'avons point rencontrée jusqu'ici? Est-ce à une disposition particulière de la membrane? Est-ce à la force avec laquelle agit le virus ou cause spécifique, qui, il faut le remarquer, n'a ici manifesté son action qu'après douze jours d'incubation? J'imagine que le virus infectant avait pris assez de force pour, après trois avortements de l'inflammation, la ranimer. Il me semble difficile, en effet, de ne pas admettre de différence entre une cause qui se manifeste deux ou trois jours après qu'elle a été appliquée à l'économie, et une cause qui ne se manifeste qu'après douze jours d'incubation. Le virus, dans ce dernier cas, ne doit-il pas être plus inhérent aux tissus, et partant plus opiniâtre? Quoi qu'il en soit, cette observation est un témoignage éclatant de l'innocuité des injections caustiques. Il en a été pratiqué sept: deux à 60 centigrammes du sel pour 30 grammes d'eau distillée; une à 70 centigrammes, et quatre à 80 centigrammes, sans que la muqueuse, qui a été ainsi le siége de sept inflammations artificielles violentes et successives, en ait gardé aucun ressentiment.

Le même individu vint me trouver deux mois après, avec un écoulement existant depuis six heures. Injection à 70 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. L'écoulement, supprimé le lendemain, n'a pas reparu, et aucun accident ne s'est manifesté, bien que le sujet n'ait pas attendu plus de quatre jours pour se livrer à de nouveaux plaisirs.

Il est bon de noter, en passant, que ce sujet, atteint d'un commencement de rétrécissement qu'il fait remonter à six années, m'a dit avoir remarqué que, depuis les cautérisations, il urine plus librement.

Je crois inutile de rapporter un plus grand nombre d'exemples de blennorrhagie prise au début et traitée par les injections caustiques. Je me bornerai à donner le résumé numérique des observations dans lesquelles l'injection caustique a été faite au début, c'est-à-dire dans l'intervalle d'un à quatre jours d'invasion.

Cas où une seule injection caustique a suffi pour supprimer l'écoulement	14
Cas de guérison après deux injections, à 24 heures d'intervalle	4
Cas de guérison après trois injections, à 24 heures d'intervalle	2
Cas de guérison après trois injections caustiques, plus les astringents pendant quatre jours	2
Un cas de guérison après deux injections caustiques, plus les astringents pendant quatre jours	1
Trois injections caustiques, astringents pendant quatre jours, repos pendant quatre jours; puis quatrième injection caustique	2
Un seul cas où sept injections caustiques furent nécessaires	1
TOTAL	26

2° *Injections caustiques à toutes les périodes de l'uréthrite, ou résolutives.*

Dans le commencement, j'avais cru devoir m'astreindre à n'employer les injections caustiques qu'au début de la blennorrhagie. Ce n'est que lorsque les expériences précédentes m'eurent prouvé que la cautérisation est ce qu'il y a de plus antiphlogistique que je fus amené, par une conséquence nécessaire, à la pratiquer à toutes les périodes de l'inflammation.

Observation XI.—M. X..., officier au 12e ligne, avait, depuis cinq semaines, une blennorrhagie pour laquelle il n'avait fait aucun traitement, et pendant le cours de laquelle il ne s'était pas abstenu du coït. Elle était sur son déclin lorsque, tout à coup, après une nouvelle infection sans doute, il y eut recrudescence. L'écoulement était si abondant, que le sujet était obligé d'envelopper la verge d'un mouchoir, pour empêcher la matière de s'écouler dans le pantalon. Cette recrudescence durait depuis sept jours. Le 7 octobre 1841, injection à la dose de 70 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée; grandes souffrances pendant la nuit, suppuration abondante et épaisse; le lendemain, à cinq heures du soir, l'écoulement est beaucoup moindre; il s'arrête dans la nuit, pour ne pas reparaître.

Observation XII.—X..., soldat au 12e de ligne, avait un écoulement depuis cinq semaines. Pendant les quinze premiers jours, on s'était borné à lui faire boire de la tisane de graine de lin, puis on lui avait fait faire des injections avec de l'eau blanche pendant quinze autres jours. A cette époque, comme l'écoulement était très faible, le sujet était sorti de l'infirmerie. Huit jours après, l'écoulement avait augmenté, mais sans douleur. Le 27 octobre, première injection à 60 centigrammes d'azotate d'argent. Le 28, suppression de l'écoulement, qui reparaît le 29: injection à 70 centigrammes. Le 30, l'écoulement est supprimé définitivement.

Huit jours après, cet homme se présente à ma visite avec un bubon à l'aine droite, de la grosseur d'un petit œuf de poule, presque indolent. Je prescris le repos et des cataplasmes émollients pendant quatre jours, puis je fais appliquer sur la tumeur un emplâtre de *Vigo cum mercurio.* Au bout de quelques jours, la résolution est complète.

Observation XIII.—X..., sergent au 12e de ligne; blennorrhagie; quinze jours d'invasion; pas de traitement. Le 23 mars 1842, au matin, injection à la dose d'un gramme d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée. Le soir, le malade rend quelques gouttes de sang. Le 24, au matin, l'écoulement paraît supprimé, mais il revient le soir. Le 25, deuxième injection à la même dose. Le 26, il reste un peu d'écoulement; troisième injection. Le 27, l'écoulement est de nouveau supprimé, mais il reparaît pendant la nuit; injection avec l'eau

blanche pendant trois jours. Le 30, même état; quatrième injection à un gramme du sel. Le 1er avril, l'écoulement est supprimé définitivement.

Chez cet homme, ainsi que chez trois de ses camarades qui étaient à l'infirmerie en même temps, et dont il est inutile de rapporter les observations, l'azotate d'argent a été employé dans la proportion d'un gramme du sel pour 30 grammes d'eau distillée. Chez un seul, il y a eu un écoulement sanguin après la première injection, ce qui ne m'empêcha pas d'y revenir, sans que l'écoulement du sang se reproduisît. Il ne m'a pas paru que l'injection, à la dose d'un gramme, se comportât autrement qu'à celle de 60 ou 70 centigrammes. Il me semble que, pourvu que le liquide soit caustique, peu importe qu'il le soit à un degré plus ou moins élevé; car l'escarre, une fois formée, met la membrane à l'abri de toute action ultérieure du caustique.

Chez deux sapeurs, porteurs de vieilles blennorrhagies, deux injections successives, dans la même proportion que ci-dessus, n'ont produit qu'une augmentation accidentelle de l'inflammation pendant la durée ordinaire de l'irritation artificielle ; et, le lendemain des injections, j'ai trouvé ces hommes dans le même état que la veille. Sans doute il aurait fallu un plus grand nombre d'injections pour modifier un état de la muqueuse aussi habituel et aussi ancien; mais, rebutés par le peu de succès des premières tentatives, ils ont refusé de se soumettre à de nouveaux essais.

Il serait fastidieux de rapporter un plus grand nombre d'observations ; je m'en tiendrai au résumé suivant:

Blennorrhagies de 5 *à* 15 *jours d'invasion.*

Guérison après une seule injection caustique	3 cas.
Deux injections caustiques à vingt-quatre heures d'intervalle	5
Guérison après trois injections caustiques	4
Guérison après trois injections caustiques, plus les astringents pendant trois ou quatre jours	4
Guérison après trois injections *item*, astringents *item*, puis une quatrième injection caustique	3
Guérison après trois injections *item*, astringents *item*, quatre jours de repos, puis deux injections caustiques à dix heures d'intervalle	4

Invasion de 15 *à* 30 *jours et au-delà.*

Guérison après une seule injection caustique	2
Guérison après deux injections à vingt-quatre heures d'intervalle	2
Guérison après trois injections *item*, et les astringents pendant quatre jours	2
Guérison après trois injections *item*, astringents *item*, quatrième injection caustique	3
Guérison après trois injections *item*, astringents *item*, repos de quatre jours; quatrième et cinquième injections caustiques	4
TOTAL	40

Il y a de plus dix-sept sujets que j'ai perdus de vue après une, deux ou trois injections caustiques, et chez lesquels le traitement n'a pas été terminé, mais que je cite pour compléter la preuve de l'innocuité de la cautérisation, parce que chez tous il a été constaté que l'injection caustique n'a déterminé aucun accident, et a éteint l'inflammation aiguë quand elle existait. Ces observations n'ont pas été terminées, soit que les hommes aient cru inutile de continuer après la diminution des accidents, soit qu'ils aient été éloignés par les déplacements du service militaire	17
Plus les deux sapeurs chez lesquels, après deux injections caustiques, aucun résultat n'a été produit	2
En ajoutant les cas du premier résumé	26
Nous avons un total général de	85

Ces quatre-vingt-cinq cas représentent toutes les blennorrhagies que j'ai eu à traiter depuis vingt mois.

J'ajouterai aux faits que je viens de présenter deux observations qui m'ont été communiquées par deux médecins de Lyon, lesquels ont essayé récemment la méthode des injections caustiques dans deux cas de blennorrhagie fort ancienne.

Observation XIV, *par M. le docteur* Leriche.—X..., bijoutier, quarante ans, constitution lymphatique, épuisée par les excès. Il avait depuis longues années une succession incessante de blennorrhagies, de telle sorte que, par cette suite d'uréthrites aiguës entées sur des chroniques, depuis vingt ans il n'avait jamais été sans écoulement. Depuis six mois seulement, ayant le projet de se marier, il a suivi divers traitements, mais sans succès. Il se présente enfin au dispensaire, et, le 12 avril 1842, il fait, sur la prescription du docteur Leriche, deux injections coup sur coup, dans la proportion de 50 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Trois jours après, l'écoulement était supprimé; il reparut le quatrième jour, mais moins abondant. Le 18, deux nouvelles injections; il reste un suintement. Enfin, le 21, deux nouvelles injections. Le 22, l'écoulement est de nouveau supprimé, et cette fois définitivement.

Il ne fallait rien moins qu'un modificateur aussi puissant que l'injection caustique pour changer ici, en si peu de temps, la vitalité de la muqueuse, pervertie depuis tant d'années.

Observation XV, *par M. le docteur* Gérard, *de Lyon*.—X..., commis, 22 ans; blennorrhagie depuis treize mois. Divers traitements ont été suivis et abandonnés. Depuis quinze jours le malade était revenu au copahu, dont il prenait une grande quantité. L'écoulement était fort abondant, et le jeune homme, d'une constitution robuste d'ailleurs, maigrissait sensiblement. Une seule injection à la dose de 60 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, lui fut pratiquée. Il y eut un léger pissement de sang, qui inquiéta le malade et le médecin. Deux jours après, l'écoulement était réduit à la goutte du matin, que des injections avec l'eau froide firent disparaître en huit jours.

Ainsi mes deux confrères, effrayés d'abord de la grande proportion d'azotate d'argent que je leur proposais d'employer, n'ont eu qu'à se louer de leur tentative, couronnée d'un plein succès.

Il m'a semblé nécessaire, pour apprécier parfaitement l'action des injections caustiques, d'examiner leur effet sur la muqueuse de l'urèthre dans l'état physiologique. Pour cela, je n'ai pu expérimenter que sur moi-même.

Le 2 septembre 1841, mon canal de l'urèthre étant dans une condition tout à fait physiologique, je me suis pratiqué, à 9 heures du soir, une injection dans la proportion de 80 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée, et voici ce que j'ai observé: l'introduction de l'injection ne produit d'abord aucune autre sensation que celle d'un liquide froid; au bout de 25 à 30 secondes, une douleur atroce éclate, et retentit le long des cordons; elle dure près de cinq minutes avec la même violence; alors elle commence à diminuer, et au bout d'une heure elle est très supportable. La matière d'une sécrétion épaisse et blanche est excrétée assez abondamment pendant la nuit; à 7 heures du matin, les urines, rendues avec difficulté, et avec une vive cuisson, expulsent en débris de pellicules blanches, l'escarre de la muqueuse. A 10 heures du matin, il y a encore un peu d'écoulement, moins épais; la miction a lieu librement et sans douleur, ce qui annonce que tout gonflement a cessé et que l'irritation est terminée; à midi le canal est sec, et les choses restent dans cet état.

Ainsi, loi générale: l'injection caustique produit sur la membrane muqueuse de l'urèthre un effet constamment le même, à l'état sain, et aux divers degrés de la phlegmasie: inflammation plus ou moins violente, plus ou moins vivement sentie, suivant le degré de sensibilité des individus, qui se dissipe dans une durée de douze à quinze heures. Cette loi se fonde sur plus de quatre-vingts cas. Peut-on trouver, en pathologie, une plus complète justification, et n'étais-je pas en droit de dire que les craintes et les prohibitions élevées contre les injections caustiques dans l'urèthre reposent sur des idées préconçues, contraires à la réalité des faits?

Les faits que je viens d'exposer sont assez concluants pour que je sois sobre de réflexions. Je dois faire remarquer que tous les cas étaient simples et sans complications. Je ne connais pas de signes, ces complications à part, qui distinguent la blennorrhagie syphilitique du simple catarrhe uréthral; dans l'hypothèse de l'existence des blennorrhagies syphilitiques, que je n'ai aucune raison de rejeter, il serait étrange que pas une ne se fût présentée avec ce caractère parmi les cas nombreux que j'ai observés. Peut-être faut-il reconnaître le cachet de la nature syphilitique dans les écoulements qui se sont montrés le plus rebelles, et où la suppuration, plusieurs fois supprimée, s'est plusieurs fois reproduite. Les choses se passent alors comme si le virus, ou la cause spécifique, qui a pris son siége dans la muqueuse, venait plusieurs fois faire sentir son action sur cette membrane, et ranimer la phlogose, jusqu'à ce que son épuisement soit complet. Cet épuisement de la cause infectante est facile, lorsque, manifestée récemment, elle est encore à l'état de germe ; de là le succès plus grand des injections au début; la réussite devient plus difficile, à mesure que ce germe s'est développé et a poussé, pour ainsi dire, de plus profondes racines. Je livre, du reste, pour ce qu'elles valent, ces idées purement hypothétiques. Toutefois, il n'y a pas de doute pour plusieurs auteurs, et c'est l'opinion du professeur Serre entre autres, que faire avorter la blennorrhagie et prévenir la suppuration est le meilleur moyen de s'opposer au développement de l'infection syphilitique, quand son point de départ est dans la muqueuse de l'urèthre. Cette considération donne une nouvelle importance à la méthode abortive.

Quant au traitement de la blennorrhagie après la période de début, les injections caustiques se présentent encore comme le moyen le plus fidèle et le plus prompt. Pour moi, mon opinion ne saurait être douteuse; les résultats que je viens de faire connaître, comparés à ceux des traitements que j'ai eu occasion d'appliquer antérieurement, lorsqu'une infirmerie régimentaire m'a été confiée, en juin et juillet 1840, m'ont démontré la supériorité des injections caustiques sur les résineux et sur les injections d'azotate d'argent à faible dose. Je traitais alors la blennorrhagie, la période d'acuité passée, soit par la résine de copahu, soit par des injections d'azotate d'argent, en commençant par la dose de 2 centigrammes sur 30 grammes d'eau, et élevant graduellement la dose, suivant la méthode de MM. Ricord et Serre. J'ai vu que, dans le traitement par le copahu, à la dose de 30 grammes par jour, le plus grand nombre des blennorrhagies résistaient, et que les autres ne guérissaient que dans un espace de temps assez long, de 8 à 15 jours et au-delà. De plus, l'emploi de cette résine n'était pas toujours possible: quelquefois elle avait contre elle la répugnance insurmontable des malades; et, souvent, des signes d'irritation gastro-intestinale, des superpurgations obligeaient de cesser son emploi. D'après ces considérations, j'ai renoncé depuis cette époque à la médication par les résineux.

Quant aux injections d'azotate d'argent à faible dose, voici ce que j'ai observé: chez quelques malades, notamment dans les blennorrhagies dont l'écoulement forme le seul caractère, on parvient sans accident à supprimer l'écoulement, dans un espace de temps variable, de 8 à 15 jours et plus; mais le plus souvent, les injections produisent une surexcitation, et l'on est obligé à plusieurs reprises de les suspendre, comme cela m'est arrivé chez le sujet de mon observation 15e. Ce résultat est analogue à celui consigné par M. le professeur Serre, dans son mémoire de 1835; souvent, en effet, ce praticien est obligé de suspendre les injections, et de pratiquer des émissions sanguines locales avant d'y revenir, d'où résulte une grande perte de temps.

Il fut donc établi pour moi que je devais renoncer aux injections à faible dose pour les injections caustiques. Les motifs de cette préférence sont, du reste, évidents à d'autres titres. En effet, que se propose-t-on? De changer le mode de vitalité de la membrane muqueuse: or, il n'est pas de modificateur plus puissant et plus prompt à opérer que l'injection caustique. En outre, loin d'exposer à cette exagération morbide dans la sensibilité de la muqueuse, signalée par les praticiens après les injections à faible dose, la cautérisation, au contraire, est propre à éteindre cette sensibilité anormale quand elle existe, ainsi que j'en ai rapporté un exemple remarquable.

Je ne crois pas que l'on puisse considérer comme sérieuse l'objection qui a été élevée contre la cautérisation du canal de l'urèthre, de pouvoir produire le rétrécissement. Il est établi que les rétrécissements proviennent de l'épaississement de la muqueuse génito-urinaire, de l'infiltration ou de l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien de la cicatrisation de quelque ulcération : toutes ces causes de rétrécissement reconnaissent pour générateur commun la phlogose chronique ; or, les injections caustiques sont le meilleur moyen de prévenir la chronicité ou d'y mettre un terme.

Je dois dire quelques mots de la manière dont je pratique les injections caustiques. Je n'ai pas d'autres données sur la méthode de Carmichaël que ce qui en est dit dans l'ouvrage de M. Ricord : on sait que le praticien de Dublin fait faire, au début de la blennorrhagie, trois injections caustiques à 10 heures d'intervalle. Pour moi, comme très souvent une seule injection suffit, je n'en fais qu'une, et j'attends 24 heures ; si, à l'expiration de ce temps, l'écoulement n'est pas terminé, je recommence.

Lorsque la blennorrhagie est au début, l'inflammation est ordinairement bornée à une petite étendue du canal de l'urèthre, à partir de l'orifice du méat ; j'ai remarqué qu'il suffit alors de cautériser cette surface circonscrite au moyen d'une très faible quantité de liquide (le quart de la seringue), pour faire avorter la blennorrhagie. Dans ce cas M. Ricord préfère toucher avec l'azotate d'argent solide, introduit dans l'urèthre selon le mode ordinaire, la partie de la muqueuse qui est le point de départ de l'inflammation. Mais on ne contestera pas que si ce procédé est aussi efficace que celui des injections, il est infiniment plus douloureux, et que l'on trouve peu de malades qui veuillent s'y soumettre.

Lorsque la blennorrhagie a passé la période de début, il est nécessaire de pousser l'injection dans toute l'étendue du canal ; je n'ai jamais pris la précaution de comprimer le périnée au moment de l'injection, et je n'ai jamais vu d'accident survenir par suite de la pénétration du liquide caustique dans la vessie. Plusieurs auteurs citent comme des suites fréquentes des injections à faible dose l'ischurie et la strangurie. Ce serait une nouvelle preuve que l'azotate d'argent à faible dose agit comme stimulant, à la différence du même sel à dose caustique.

L'azotate d'argent ne doit pas se comporter autrement sur la muqueuse de la vessie que sur celle de l'urethre, et je ne verrais pas d'inconvénient à l'employer contre le catarrhe vésical : on sait que la conjonctive et la pituitaire sont modifiées d'une manière avantageuse par ce caustique, qui guérit souvent leurs flux purulents.

Serait-ce dépasser les bornes d'une rigoureuse analogie que de déduire de ces faits une conclusion générale, et de dire : la cautérisation par l'azotate d'argent agit sur les membranes muqueuses enflammées, de manière à éteindre l'inflammation, et à les ramener à leur mode de vitalité normal ?

Post-Scriptum. Depuis le mois de mai 1842, où ce mémoire fut écrit pour le Conseil de santé des armées, quarante nouveaux sujets ont été traités par moi, suivant la méthode des injections à haute dose, avec des résultats pleinement confirmatifs de ceux consignés dans le susdit mémoire.

De ces faits réunis résultent les conclusions suivantes :

1° Innocuité absolue des injections caustiques. Dans aucun cas je n'ai observé d'accident consécutif. Cette condition, la première à exiger de tout moyen héroïque, a été largement vérifiée au dispensaire spécial pour les affections vénériennes de Lyon, où la méthode des injections d'azotate d'argent à haute dose a été appliquée sur une grande échelle par M. le docteur Leriche, c'est-à-dire sur plus de trois cents malades depuis un an ;

2° Loin de provoquer la réaction tant redoutée par les auteurs, l'injection caustique a pour effet *constant* d'éteindre l'inflammation, quel que soit le degré de son développement. Cette loi s'appuie, pour ne parler que des faits recueillis dans ma pratique, sur près de cent trente observations, fournies par des militaires, c'est-à-dire par des sujets jeunes et

vigoureux, placés à tous égards dans les conditions les plus favorables à la réaction inflammatoire ;

3° Lorsque la blennorrhagie est tout à fait au début, l'avortement est presque certain ; en effet, sur 38 cas, il a eu lieu 21 fois après une seule injection, et 6 fois après deux injections. Restent donc onze cas, où l'écoulement s'est reproduit, toujours sans le cortège inflammatoire, et le plus souvent par la faute des malades ; car il ne faut pas oublier que nous avons eu affaire presque exclusivement à des militaires, espèce de gens peu dociles en général, et très réfractaires à l'endroit du régime ;

4° Lorsque la blennorrhagie a passé la période de début, les effets de l'inflammation substitutive ne sont plus aussi constants, je veux dire aussi vite et aussi facilement obtenus, car on les obtient toujours. Suivant l'âge de la maladie, et d'autres circonstances suffisamment indiquées dans mon mémoire, plusieurs tentatives sont alors nécessaires pour changer la nature de la phlegmasie et la ramener à l'état d'inflammation en quelque sorte traumatique.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

RECHERCHES SUR LA FRÉQUENCE DU CANCER ; par M. TANCHOU.

La statistique a pris de nos jours un large développement en chirurgie comme en médecine ; et, quels que soient les reproches dont elle a été l'objet, il faut bien reconnaître qu'elle a déjà servi puissamment à redresser nombre d'erreurs et à mettre au jour des vérités nouvelles. Qu'elle se soit trompée quelquefois, cela devait être ; d'abord, c'était un instrument nouveau à manier ; et puis elle avait à agir fréquemment sur des matériaux moins exacts qu'ils le seront plus tard ; mais il était déjà utile de commencer, de planter des jalons, de faire, en un mot, ce que fait toute science qui progresse, étudier les faits acquis, sans se laisser décourager par l'idée qu'il surviendra des faits nouveaux.

Nous avons eu à examiner, il y a quelques mois (voyez page 184), un travail statistique de M. Leroy d'Etiolle sur les affections cancéreuses, et nous avions noté dans les conclusions des lacunes que les recherches de M. Tanchou tendent à combler. Il a fouillé les registres de l'état civil du département de la Seine, pour 11 années complètes, de 1830 à 1840 inclusivement ; et il a trouvé d'abord sur le chiffre général, 382,851 décès, 9,118 rapportés à des cancers. Sans doute on pourrait demander si le diagnostic a toujours été bien exact, d'autant plus qu'on voit figurer dans ce tableau des cancers du cerveau, du cœur, du mésentère, etc. ; et peut-être aussi l'ancien mode de vérification des décès ne méritait pas autant de confiance que le nouveau. Mais, en définitive, il fallait prendre ces matériaux ou s'abstenir, et nous croyons que M. Tanchou a fait une chose utile, même quand sa statistique ne devrait être regardée que comme un travail provisoire ; et les erreurs de diagnostic possibles doivent se perdre en grande partie dans cette masse de 9,000 faits. Voyons maintenant ce qu'il a su en tirer pour établir l'influence des sexes, des âges, de la civilisation, et enfin les prédispositions des divers organes.

1° M. Tanchou cherche d'abord à prouver l'influence de la civilisation sur la production du cancer ; et dans ce but rapprochant les décès de Paris et des deux arrondissements ruraux, il trouve que les décès dus au cancer atteignent pour Paris le chiffre de 7,999 : soit 2, 54 pour 100, comparé à la mortalité générale ; tandis que pour la banlieue le chiffre est de 1119, seulement 1, 63 pour 100. D'où il conclut que le cancer est plus fréquent à Paris que dans ses environs, et plus fréquent dans les villes que dans les campagnes.

Nous sommes assez enclins à admettre cette conclusion ; mais il faut convenir qu'elle ne ressort pas assez légitimement des chiffres apportés par M. Tanchou ; et Paris est peut-être la ville du monde où ces sortes de calculs sont le plus sujets à erreur. Plus d'un tiers des décès de la capitale ont lieu dans les hôpitaux ; et comment distinguer sur de simples registres de décès, si tel individu mort du cancer l'avait réellement gagné à Paris, ou s'il ne l'apportait pas de sa province ? Bien plus, le cancer étant une de ces affections désespérantes qui n'ont guère de ressources que dans la médecine opératoire, les hôpitaux de Paris, par leur proximité et la renommée de leurs chirurgiens, attirent inévitablement une bonne partie des cancéreux des environs ; ce qui charge d'autant le chiffre des décès de la capitale, en diminuant celui de la banlieue, et

rend ainsi toute comparaison impossible, à moins d'un triage scrupuleux exercé sur tous les cas dont on veut faire usage.

M. Tanchou s'efforce égalment d'établir que le nombre des cancers augmente; et, donnant le chiffre des décès durant ses 11 années, il trouve que l'année 1830 n'a eu que 668 morts par suite de cancers, tandis qu'on en compte 889 en 1840. Mais est-ce donc un procédé légitime que de prendre ainsi deux années isolées dans une longue série? A ce compte, nous nous chargerions volontiers de fournir une conclusion toute contraire à celle de l'auteur, d'après ses chiffres mêmes; ainsi, il y a eu 906 morts en 1833. Pour arriver à un résultat tant soit peu solide, il eût fallu comparer entre elles deux ou trois séries d'années égales; faire, par exemple, deux séries de 5 années ou 3 séries de 3 années. Nous avons fait ces calculs; et, partageant ainsi en deux époques les dix ans compris entre 1831 et 1840, nous avons trouvé,

De 1831 à 1835 4,256 morts.
De 1836 à 1841 4,194

Dirons-nous cependant que le chiffre des cancers tend à diminuer? Voici à l'instant un autre calcul qui tend à montrer le contraire. Nous faisons cette fois des périodes de 3 années, et nous trouvons,

De 1832 à 1834 2,485 décès.
1835 à 1837 2,521
1838 à 1841 2,579

Or, même quand cette série ascendante ne serait pas contrariée par la première, même quand elle porterait sur un bien plus grand nombre d'années, non-seulement nous ne voudrions pas dire que le nombre des cancers augmente, mais la présomption serait plutôt pour le contraire. En effet, il y a un autre élément essentiel dont M. Tanchou a oublié de tenir compte; il ne suffit pas de comparer entre eux les décès des cancéreux à diverses époques; il faut voir dans quel rapport ils se trouvent avec le chiffre de la population. Lors du recensement de 1831, Paris avait 774,000 ames; en 1841, on en comptait 875,000, sans parler, bien entendu, de la population flottante des colléges, des écoles, des casernes, etc. C'est une augmentation de 13 pour 100; les décès cancéreux se sont-ils accrus dans la même proportion? C'était là la question à résoudre; et manifestement la solution est, quant à présent, tout à fait contraire à celle de M. Tanchou.

2° *Influence des sexes*. Sur le chiffre total il y avait 2,163 hommes, 6,955 femmes; la proportion est de plus de trois femmes pour un homme. Nous verrons tout à l'heure ce qui explique cette différence effrayante.

3° *Influence des âges*. Nous reproduisons ici le tableau,

âges.	morts.	hommes.	femmes.
De 0 à 10	23	9	14
10 à 20	26	13	13
20 à 30	231	62	169
30 à 40	1012	190	822
40 à 50	1975	339	1636
50 à 60	2108	488	1620
60 à 70	2067	598	1469
70 à 80	1315	398	917
80 à 90	335	62	273
90 à 100	26	4	22

M. Tanchou n'a publié jusqu'à présent que ces chiffres bruts; il faut donc que nous cherchions nous-mêmes à en tirer des conséquences. D'abord il saute aux yeux que le cancer, fort rare dans les vingt premières années de la vie, peu commun encore de 20 à 30 ans, prend tout à coup un développement énorme entre 30 et 40, frappe le plus grand nombre de ses victimes de 40 à 70 ans; et qu'alors même il est loin de cesser ses ravages, et pèse encore fortement sur les dernières années de la vie.

Mais cette façon d'étudier les chiffres est trop superficielle; et encore ici, pour évaluer la fréquence d'une maladie ou des décès qu'elle occasionne, il faut la considérer en regard de la population.

Le recensement de 1831 donne au département de la Seine 935,000 ames; celui de 1841, 1,194,000 ames. Comme il en faut déduire environ 60,000 ames de population flottante, il reste pour moyen terme un million d'ames, qui ont eu, en onze années, 9,118 décès par suite de cancers, année moyenne 827 décès; ou 1 sur 1,220. Voilà le chiffre général, chiffre trompeur en ce qu'il associe à la mortalité tous les âges indifféremment, tandis qu'il en est qui ne lui fournissent qu'un contingent à peine sensible. Si l'on cherche le rapport réel de la mortalité à la population pour chaque période de la vie, en se servant des tables de l'Annuaire des longitudes, on trouvera pour un million d'ames :

ans.	ames	décès	
De 0 à 10	218,197	2	1 sur 109,098
10 à 20	183,619	2	1 91,809
20 à 30	163,741	21	1 7,797
30 à 40	140,437	92	1 1,526
40 à 50	116,047	179	1 647
50 à 60	89,194	192	1 464
60 à 70	57,749	188	1 307
70 à 80	25,469	119	1 214
80 à 90	5,032	30	1 168
90 à 100	515	2	1 257
	1,000,000	827	

Donc, en admettant comme justes tous les termes de cette statistique, sur 214 individus, de 70 à 80 ans par exemple, il y en a un qui meurt chaque année d'un cancer. La proportion est bien autre pour les femmes; comme il est permis à chacun de le vérifier.

4° *Prédisposition des divers organes.* — C'est ici surtout que les documents de M. Tanchou laissent à désirer; car de ses 9,000 cas il y en a 819 étiquetés *cancers*, sans désignation d'organes; et nous avons déjà dit combien d'autres fois le diagnostic pouvait paraître précaire. Quoi qu'il en soit, nous allons, sans autre remarque, reproduire le tableau de l'auteur; seulement, au lieu de ranger les cancers par ordre absolu de fréquence, nous les classerons sous des titres généraux qui y jetteront peut-être plus de clarté.

Les cancers viscéraux, et qui n'intéressent nullement la chirurgie, montent tout d'abord au chiffre de 3425, ainsi répartis:

1° *Encéphale*, 29.

Cerveau	28
Cervelet	1

2° *Poitrine*, 14.

Poumon	7
Cœur	6
Plèvre	1

3° *Abdomen*, 3382.

Estomac	2303
Intestins	157
Mésentère	66
Epiploon	5
Péritoine	1
Foie	578
Rate	13
Reins	3
Pancréas	2
Ovaires	64
Fosse iliaque	2
Dans l'abdomen (*sic*)	188

Les autres, qu'on pourrait appeler *cancers chirurgicaux*, se répartissent entre les téguments, les os, les muqueuses et les organes spéciaux qu'elles recouvrent, et les glandes. Mais la variété de leur siége demande ici d'autres subdivisions:

I. CANCERS DES TÉGUMENTS, 227.

1° *Cancers du crâne et de la face*, 129.

Face	71
Tête	6
Tempe	2
Oreille	4
Nuque	1
Front	4
Joue	12
Nez	11
Lèvres	16
Menton	2

2° *Cancers du tronc*, 44.

Cou	13
Thorax	8
Ombilic	2
Dos	2
Fesse	1
Périnée	1
Scrotum	7
Verge	10

3° *Cancers des membres supérieurs*, 26.

Aisselle	8
Epaule	4
Bras	6
Avant-bras	3
Main	5

4° *Cancers des membres inférieurs*, 28.

Région inguinale	7
Hanche	2
Cuisse	10
Jambe	9

II. CANCERS DES OS, 32.

Crâne	1
Os ethmoïde	1
Apophyse mastoïde	1
Mâchoire	24
Sternum	1
Omoplate	1
Bassin, os des îles et sacrum	3

Il est à présumer que bon nombre des cancers de la face et des membres, à la main par exemple, avaient également envahi le squelette.

III. CANCERS DES MUQUEUSES ET DES ORGANES QU'ELLES RECOUVRENT, 3427.

1° *Cancers de l'œil*, 26.

Œil	24
Orbite	1
Rétine	1

2° *Cancers de la bouche*, 77.

Bouche	11
Palais	3
Langue	36
Amygdales	3
Gorge (*sic*)	4
Pharynx	4
Larynx	3
Œsophage	13

Ici pourraient se retrouver les cancers des lèvres que nous avons mis parmi ceux de la face.

3° *Cancers du rectum*, 234.

Rectum	221
Anus	13

4° *Cancers des voies génito-urinaires*, 3090.

Vulve	2
Urèthre chez la femme	1
Vagin	14
Utérus	2996
Vessie	72
Prostate	5

IV. CANCERS DES GLANDES, 1184.

Mamelles chez la femme..	1147
— chez l'homme...	5
Testicules	21
Glande parotide.........	3
Corps thyroïde	8

Le total est de 9124, ce qui fait 6 de plus que M. Tanchou n'en annonce; erreur, du reste, insignifiante et qu'il suffit d'indiquer. On pourrait déduire de ce tableau des considérations de plus d'une sorte; nous nous bornerons à faire remarquer que l'estomac, l'utérus et les mamelles donnent ensemble plus des trois quarts des cancers dont le siége est indiqué, 6146 sur 8289; —et que la matrice et le sein chez la femme en comptant déjà la moitié, ou 4143, sans que le petit nombre de cancers de la verge et du testicule chez l'homme puissent être seulement mis en balance, n'expliquent que trop cette excessive disproportion de la mortalité par le cancer chez le sexe féminin.

TRAITEMENT DES HYDARTHROSES *par les injections iodées*, par M. VELPEAU.

Nous avons déjà traité cette question (cidevant, page 57) en rendant compte des tentatives de M. Bonnet, de Lyon. Comme M. Velpeau est le seul, jusqu'à présent, qui l'ait imité, le résumé de ses opérations complétera l'histoire actuelle de ce nouveau mode de traitement.

Ce préambule semble juger la question de priorité d'une façon plus absolue que nous n'avions fait au mois de janvier dernier. C'est qu'alors, en effet, M. Velpeau n'avait pas encore eu l'occasion de reconnaître aussi loyalement les droits de M. Bonnet; et c'est dans son travail même que nous puisons les documents qui suivent. En avril 1839, M. Velpeau, pratiquant une injection iodée dans un kyste situé sous le bord interne du jarret, vit tout le genou se gonfler, et présuma que l'injection avait pénétré dans l'articulation même. Mais diverses considérations, et l'*incertitude du diagnostic d'abord*, firent que ce fait fixa peu son attention, et ne lui parut point concluant. L'incertitude était plus grande encore dans un cas du même genre qui se présenta à l'hôpital en juillet de la même année; et deux années s'étaient passées lorsque M. Velpeau pratiqua, pour la première fois à dessein, l'injection iodée dans une hydarthrose du genou. C'était le 2 mars 1841; le succès fut médiocrement satisfaisant, et, avant de renouveler cette tentative, M. Velpeau avait cru devoir commencer une série d'expériences sur les animaux vivants, quand enfin, au mois d'août, les essais du chirurgien de Lyon parvinrent à la connaissance du chirurgien de Paris, et, suivant son expression, *l'enhardirent à reprendre* les siens. On ne saurait s'exécuter de meilleure grâce; et M. Velpeau a donné là un bel exemple de probité scientifique.

Cette première question vidée, et il était bon qu'elle le fût, examinons la portée des résultats obtenus. M. Velpeau rapporte l'histoire de huit opérés. En voici l'analyse succincte.

1° Jeune homme de 18 ans; hydarthrose datant de plusieurs mois. Injection iodée dans la proportion d'un cinquième de teinture sur quatre parties d'eau. De vives douleurs, une inflammation aiguë, accompagnée de fièvre, inspirent d'abord de vives inquiétudes. Du troisième au quatrième jour, le calme revient; point d'amélioration; on a recours au calomel poussé jusqu'à salivation, puis aux sangsues, à la teinture de colchique, et enfin aux bains de vapeur; et le malade sort guéri 51 jours après l'opération. C'est le premier essai, dont M. Velpeau lui-même ne se déclare que *modérément satisfait.*

2° Femme de 27 ans : hydarthrose datant de trois ans. Injection suivie des mêmes symptômes que chez le sujet précédent; mais nous n'avons ni dates précises, ni détails exacts; il est dit seulement que le genou diminua régulièrement, et que l'hydarthrose se dissipa absolument à la manière d'un hydrocèle traité de la même façon.

3° Chez un cordonnier qui portait à la fois un hydrocèle et une hydarthrose, on pratiqua le même jour l'injection iodée pour l'une et l'autre affection. L'hydrocèle retint le malade à l'hôpital 17 jours; la résolution de l'hydarthrose s'était complétée auparavant. « J'ai revu plusieurs fois cet opéré depuis sa sortie, dit l'auteur, et son genou, parfaitement guéri d'ailleurs, ne conserve aucune trace de l'hydarthrose dont il a été pris, a retrouvé tous ses mouvements et toute sa force. »

4° Un grand garçon, jeune, arrive de province, est opéré le surlendemain, et si vite guéri qu'il repart huit jours après; et l'on écrit que la guérison s'est maintenue.

5° Jeune homme de 22 ans, malade depuis près d'un an, sorti guéri le dix-huitième jour. M. Velpeau l'a revu près de quatre mois après, et s'est assuré que l'hydarthrose était radicalement guérie.

6° Malade souffrant depuis longtemps dans diverses jointures, maigre, sujet à la diarrhée, légèrement ictérique, toutefois sans aucun signe positif de lésion viscérale sérieuse. Injections iodées; on le croyait guéri du douzième au quinzième jour, lorsque des douleurs vagues se déclarèrent dans tous les membres; après quoi survint un état général *qui menaçait de devenir sérieux, mais qui s'améliora bientôt;* bref, le malade finit par s'ennuyer à

l'hôpital, et sortit avant d'être parfaitement guéri.

7° Homme de 30 ans, porteur d'une double hydarthrose; on opère un genou d'abord, puis, trois jours après, l'autre, à la demande du malade lui-même. Au bout de 12 jours pour chaque genou, la résolution paraît complète; mais plus tard le genou gauche se gonfle de nouveau; puis le coude-pied droit, puis le genou droit; « *il est vrai que ces deux jointures n'ont plus paru se remplir de liquide, que leur augmentation de volume semble tenir à des grumeaux, à des fongosités synoviales de la capsule articulaire; mais il n'en est pas moins certain que les injections iodées ne l'ont point guéri.* »

8° Vieillard de 68 ans; l'injection, à parties égales d'eau et de teinture d'iode, bien que poussée en abondance et laissée à demeure, ne produisit d'abord aucune douleur; mais la douleur et le gonflement survinrent dans la soirée. Au bout de quatre jours, la résolution commença; quinze jours après il put se lever et marcher. « *Son genou reste inégal, gonflé, un peu gros : mais le genou de l'autre membre présente les mêmes inégalités sans contenir de liquide.* »

Tels sont les faits rapportés par M. Velpeau. Or, nous aurons d'abord deux remarques assez importantes à faire; la première, c'est qu'il ne semble pas qu'il ait donné toutes ses opérations; la seconde, c'est que presque tous ces faits manquent de détails suffisants, et échappant ainsi en apparence à la critique, laissent des doutes même involontaires sur la portée réelle du résultat. Ainsi, dans un article intitulé *Appréciation*, nous lisons cette phrase :

« Chez une femme dont le mal datait de cinq ou six ans, dont l'hydarthrose était compliquée de fongosités, et selon toute apparence d'altération étendue des cartilages, le genou reste raide et la rotule en partie soudée aux condyles du fémur. »

Voilà un neuvième fait à ajouter aux huit autres; mais pourquoi ne se trouve-t-il pas à la suite? Pour une opération aussi grave, il ne fallait pas de choix, et il fallait tout dire. Un peu plus loin, nous trouvons cette autre phrase :

« Chez le vieillard, l'épanchement un moment dissipé a paru vouloir se reproduire au bout d'un mois, pour céder définitivement à l'emploi d'un vésicatoire volant. »

Ces nouveaux détails semblent en contradiction avec ceux de l'observation même; et cela était au moins facile à éviter. Loin de nous, du reste, d'incriminer en rien l'intention de l'auteur; nous lui devons, au contraire, cet éloge, qu'il ne cherche nullement à exagérer les bienfaits de ses injections; pour la lenteur des guérisons et les insuccès partiels, il convient que les observations de M. Bonnet *ne diffèrent pas notablement* des siennes. En effet, sur cinq malades, M. Bonnet en avait guéri deux; M. Velpeau en a guéri tout au plus quatre sur neuf. Mais M. Velpeau semble avoir un plus grand avantage, puisqu'il a obtenu la cure d'hydarthroses d'un à à trois ans, si vraiment la cure a été complète.

Comment s'opère cette guérison? Ici M. Velpeau reproduit sa théorie de l'agglutination des parois, qui ensuite redeviendraient libres par l'effet du mouvement. Mais il reconnaît cette fois que c'est une hypothèse pure : *Je me hasarde à supposer*, dit-il; et nous pouvons bien à notre tour nous hasarder à dire que cette hypothèse est tout à fait invraisemblable dans les cas pareils à celui de ce jeune homme qui repartit pour la province, huit jours après l'opération.

Au total, ces nouveaux faits sont-ils de nature à modifier le jugement que nous portions sur les injections articulaires, et à séduire beaucoup les praticiens? Nous ne le croyons pas. Ce qui en résulte de plus clair, c'est que le moyen nouveau n'est guère plus efficace que les autres, et qu'il échoue dans plus de la moitié des cas. Qu'importe, dira-t-on, puisqu'il est si bénin et si inoffensif de sa nature? Mais précisément nous ne sommes qu'à demi rassurés sur son innocuité; et si, par quelque effroyable exception, un chirurgien développait ainsi dans le genou d'un malade une inflammation suppurative, et se voyait réduit à amputer la cuisse, nous ne savons jusqu'à quel point il serait dégagé de cette lourde responsabilité.

(*Annales de la chirurgie.*)

GUÉRISON PAR L'INJECTION D'IODE *d'une collection située dans l'intérieur du bassin*; par le même.

Le cas suivant est assurément l'un des plus brillants succès dont un chirurgien puisse s'applaudir; l'article est trop concis, d'ailleurs pour l'analyser, et nous reproduirons le texte de l'auteur même.

« Il se développe souvent autour des organes génitaux, dans la cavité pelvienne, chez les femmes principalement, des collections purulentes, hématiques, ou séreuses. Ces collections, sur lesquelles j'ai depuis longtemps appelé l'attention, soit dans mes leçons à l'hôpital, soit dans quelques-uns de mes ouvrages, compromettent gravement la vie des malades. La seule opération qu'on osât leur appliquer, l'incision, n'amenait qu'un soulagement passager. Pas plus que l'incision simple d'une cavité close extérieure, elle ne détermine une guérison radicale. Après cette opération, la collection, un instant détruite, ne tarde pas

à reparaître. De plus, elle expose, si la plaie ne se réunit pas par première intention, à tous les dangers des opérations qui font naître les inflammations purulentes, c'est-à-dire qu'elle provoque souvent une inflammation aiguë de mauvaise nature dans l'intérieur du bassin, inflammation qui s'est transformée plus d'une fois en péritonite mortelle. Lorsque ces collections, qui ont lieu tantôt dans une cavité close accidentelle du tissu cellulaire sous-péritonéal, tantôt dans une cavité close accidentelle de l'épaisseur même des parois du vagin, de l'utérus, de la vessie ou du rectum, tantôt dans un cul-de-sac du péritoine transformé en cavité close par quelques adhérences ou quelque condition pathologiques, sont formées par du pus, l'ouverture simple, soit par incision, soit par ponction, qu'on laisse ou non une canule dans la plaie, est la seule ressource chirurgicale qu'il soit prudent d'invoquer. Mais si la collection est représentée par du sérum ou par un liquide hématique, la propriété des injections iodées revient naturellement à l'esprit; l'occasion de les mettre à l'épreuve s'est présentée à moi dans le courant de l'année 1841.

« Une jeune dame, mariée depuis deux ans, impressionnable, nerveuse au dernier degré et un peu lymphatique, avait cessé d'être exactement réglée peu de temps après son mariage; bientôt des douleurs vives s'étaient établies dans le bassin et tout le côté droit du bas-ventre. La santé générale se détériora à tel point que cette dame, d'ailleurs douée d'un moral excellent et de beaucoup de courage, fut obligée de s'aliter complétement. Divers médecins de son pays furent consultés. Pendant dix-huit mois, des traitements aussi nombreux que variés furent essayés sans succès. La famille de la malade, désespérée, voyant d'ailleurs que les médecins appelés variaient d'opinion, ou plutôt n'avaient pas d'opinion bien arrêtée sur la nature de l'affection, prit le parti de l'amener à Paris. L'ayant examinée conjointement avec mon honorable collègue M. Andral, et M. le docteur Faivre, je crus pouvoir diagnostiquer une collection de liquide brunâtre, couleur chocolat, derrière l'utérus, collection qui remontait vers la fosse iliaque droite.

« Je conseillai, en conséquence, de ponctionner la tumeur par le vagin, et d'injecter par là une certaine quantité de liquide iodé, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle. Je procédai huit à dix jours plus tard à l'opération; un verre et demi environ de liquide rouge brunâtre, évidemment hématique, mais très fluide, sortit par la canule; je poussai dans la cavité, d'abord de l'eau tiède à titre de lavage, puis de la teinture d'iode étendue d'eau. L'opération, qui eut d'abord les suites les plus simples, se compliqua au bout d'une douzaine de jours d'accidents nouveaux, qui m'inspirèrent quelques inquiétudes. Ces accidents, qui se sont reproduits à des degrés variables depuis, nous ont toujours paru étrangers à la tumeur injectée. Toujours est-il que cette tumeur n'a point reparu, qu'elle est complétement oblitérée, et que M^me J... ne s'en ressent plus aujourd'hui. » (*Ibid.*)

Obstétrique.

RÉTENTION DU PLACENTA DANS L'UTÉRUS *pendant trois mois, après un avortement à cinq mois de grossesse.*

Le docteur Advena de Labischin fut appelé, au milieu d'août, auprès de la femme d'un drapier qui avait une hémorrhagie. Cette femme, âgée de 41 ans, avait fait le 5 mai une fausse couche précédée d'une légère perte de sang. L'insignifiance des douleurs et la faiblesse de l'écoulement firent qu'on n'appela point de sage-femme et qu'on ne réclama pas les soins d'un médecin. La femme assurait qu'elle était enceinte d'environ cinq mois, et que le fœtus avait cinq à six pouces de longueur. D'ailleurs elle ne savait pas si le placenta avait été ou non expulsé, avec ou après le fœtus, ou avec les caillots. Depuis lors elle n'avait pas cessé d'être souffrante. Pour le moment elle ne se croyait pas enceinte; car chaque mois elle avait eu ses règles, plus abondantes que de coutume et à des intervalles plus rapprochés. On attribua d'abord les accidents à la cessation prochaine de la menstruation, et l'on prescrivit les hémostatiques à l'intérieur et à l'extérieur. Au bout de trois jours l'hémorrhagie devint plus considérable, et il s'y joignit des douleurs expulsives s'étendant du sacrum au pubis. La malade qui avait eu six enfants ne se méprit pas sur la nature de ces douleurs. L'orifice utérin était dilaté d'un pouce à un pouce et demi, et occupé par un corps étranger, qu'à sa structure spongieuse Advena reconnut pour le placenta. Il était libre à l'intérieur de l'utérus, mais la dilatation était trop peu considérable pour permettre l'extraction de ce corps. De demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, on administra du seigle ergoté combiné avec l'acide phosphorique. Au bout de six heures, la dilatation était assez grande pour qu'on pût facilement procéder à l'extraction. Une odeur d'une fétidité pénétrante se répandit au moment de l'opération. Il n'y avait pourtant aucune trace de putréfaction et le placenta était intact. Il avait la largeur de la paume de la main, environ 3 pouces 1/2 de diamètre, et paraissait avoir appartenu à un fœtus de 5 à 6 mois, ce qui répond à l'objection qu'on pourrait faire qu'il y avait nouvelle grossesse.

La science possède d'autres faits semblables à celui-ci, et elle ne doit pas négliger d'enregistrer tous ceux du même genre qui pourront s'offrir aux divers observateurs. Ces faits n'infirment point, sans doute, la valeur de ceux qui établissent la possibilité de l'absorption du placenta. Mais ils montrent avec quelle réserve il faut admettre les preuves d'un phénomène au moins extraordinaire, et qui n'a pas trop de l'appui des noms les plus illustres et de l'autorité des plus irrécusables témoignages. En se hâtant trop de conclure, on pourra considérer comme un exemple d'absorption ce que l'avenir démontrera n'être qu'un cas de rétention plus ou moins prolongé du placenta.—On doit regretter que l'auteur n'ait pas fait connaître plus exactement l'état de la masse expulsée. En pareil cas elle se moule sur la cavité qui la contient, et d'autant plus qu'elle y est plus longtemps retenue; et le tissu du placenta soumis à une compression prolongée acquiert une densité, une compacité qui le rendent d'abord méconnaissable. — L'odeur fétide observée au moment de l'extraction, bien que le placenta n'offrît aucune trace de putréfaction, ne peut s'expliquer que par la décomposition de quelque caillot formé depuis le commencement de l'hémorrhagie qui précéda cette délivrance tardive. Il ne paraît pas, au reste, que cette circonstance ait mis obstacle à la guérison.

(*Berlin. Med. Zeitung*, 1843, nº 15.)

Pharmacologie chirurgicale.

DES PATES ARSENICALES *employées pour la cautérisation du cancer.*

L'arsenic a joui de temps immémorial d'une grande réputation dans le traitement du cancer; mais, soit qu'on en ait forcé les doses, soit qu'on n'ait pas apporté dans son emploi toutes les précautions nécessaires, trop souvent il a déterminé des accidents d'empoisonnement sérieux et même mortels; en sorte que de tout temps les praticiens sont restés partagés entre l'admiration pour son incontestable efficacité et l'effroi de sa redoutable énergie. La question ayant repris depuis peu une certaine actualité, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les principales préparations recommandées pour l'usage externe.

La formule la plus anciennement connue est celle de Rousselot; et, de toutes, c'est celle qui contient la plus énorme quantité d'arsenic.

Pâte arsenicale de Rousselot.

♃		
Arsenic blanc.	2 grammes	(40 grains).
Sang-dragon..	0,60 —	(12 grains).
Cendre de semelle brûlée.	0,40 —	(8 grains).
Cinabre......	8 » —	(2 gros).

L'arsenic est ici dans la proportion de 20 p. 0/0, ce qui est véritablement un peu trop; aussi de tous côtés a-t-on jugé nécessaire de corriger cette composition; et, par exemple, la dose est affaiblie de plus de moitié dans la formule donnée par M. Malgaigne, dans sa *Médecine opératoire* :

♃	
Oxide blanc d'arsenic......	0,08
Sang-dragon..............	0,22
Oxide sulfuré rouge de mercure.....................	0,70

L'arsenic n'entre plus là que dans la proportion de 8 p. 0/0; toutefois, le *Codex* a jugé cette quantité trop forte encore, et l'a réduite à 6 p. 0/0.

Formule du Codex.

♃	
Arsenic blanc......	2
Sang-dragon.......	16
Cinabre...........	16

Cette formu'e du codex n'a jamais joui d'une grande faveur. On en attribue à A. Dubois une autre où l'arsenic est encore diminué d'un tiers; la voici :

Formule d'A. Dubois.

♃	
Oxide blanc d'arsenic.....	4
Sang-dragon.............	32
Sulfure rouge de mercure.	64

Il est assez remarquable que Dupuytren, de son côté, ait adopté la même proportion de 4 p. 0/0; mais il avait surtout pris à cœur de simplifier la formule, qui ne comportait plus que deux ingrédients.

Formule de Dupuytren.

♃	
Arsenic..........	4 parties.
Calomel..........	96 —

Dupuytren, cependant, ne trouvait pas toujours sa préparation assez forte, et il portait la dose de l'arsenic jusqu'à 5 et 6 p. 0/0, bien que des accidents assez nombreux lui eussent montré le danger même de sa poudre ordinaire.

On conçoit qu'avec de telles variations dans la proportion de l'arsenic, les pâtes arsenicales aient fini par inspirer aux praticiens une grande méfiance, justifiée, du reste, par de trop nombreux revers. Aussi étaient-elles presque abandonnées, et l'on a vu dans ces derniers temps les partisans des caustiques dans le traitement du cancer, demander à la chimie de nouveaux moyens, tour à tour prônés et remplacés par d'autres.

Il était cependant resté dans la tradition que le frère Côme employait contre les cancers une pâte arsenicale à laquelle il avait dû de nombreux succès, particulièrement pour les ulcères cancéreux de la face, du nez et des

lèvres. Frère Côme était mort sans en publier la composition; et M. Souberbielle, son parent et son élève, avait seul continué à en faire usage avec autant de succès que son maître. M. Souberbielle ayant donné sa formule à M. Manec, celui-ci l'a appliquée avec des résultats tellement avantageux qu'il a cru devoir les communiquer à l'Académie des sciences. Tout récemment on en a vu de même des effets tout à fait satisfaisants à l'hôpital Clinique dans le service de M. Malgaigne. Cette formule mérite donc à tous égards d'être sauvée de l'oubli.

Formule du frère Côme.

♃ Arsenic blanc....... 30 centigr.
Cinabre............ 1,50
Eponge calcinée..... 75

Pulvérisez.

La proportion d'arsenic est ici de 11 à 12 pour 100, plus forte conséquemment que dans aucune des formules précédentes, à l'exception de celle de Rousselot. La proportion de cinabre est un peu moins forte; mais la poudre d'éponge y entre pour plus d'un tiers, comme le sang-dragon dans la formule d'A. Dubois et celle qui avait été adoptée par M. Malgaigne. Mais, après tout, on voit que c'est bien moins à la quantité d'arsenic contenue dans la formule qu'il faut attribuer les accidents qu'à la façon de s'en servir; et c'est surtout au procédé d'application qu'il faut avoir égard, si l'on veut agir avec sécurité.

Au moment de s'en servir, on délaie la poudre dans un peu d'eau jusqu'à consistance de bouillie; on l'étend légèrement avec un pinceau sur les surfaces ulcérées, en ayant soin de n'en employer qu'une médiocre quantité; il vaut mieux recourir à de nouvelles applications que de s'exposer à une trop forte absorption. On la recouvre ensuite d'un morceau d'agaric encore mouillé. Cet agaric se détache au bout de 10, 15, 20, 30 jours, quelquefois plus tard, et tombe avec l'escarre. Après la chute de celle-ci, M. Souberbielle panse avec la pommade jaune de frère Côme, dont voici la formule:

♃ Cire jaune.......... 32 grammes.
Huile rosat......... 48
Camphre........... 75
Extrait de saturne... 150

Cette pommade peut, sans grand inconvénient, être remplacée par le cerat ordinaire. Quoi qu'il en soit, on l'applique étendue sur un linge jusqu'à ce que la plaie soit détergée de la couche blanchâtre qui la recouvre. Si alors les excroissances fongueuses reparaissent, on fait une nouvelle application de pâte, et on réitère jusqu'à la destruction complète du cancer.

Il y a une remarque fort importante à faire touchant l'étendue de l'ulcère; s'il dépasse 3 centimètres carrés, il faut diviser le traitement, afin de ne jamais s'exposer à l'absorption par une surface trop considérable; et pour cela ne cautériser une nouvelle portion qu'après la chute de la première escarre produite. De plus, quand les bords sont calleux, il faut les aviver par un vésicatoire, le caustique n'agissant que sur des chairs vives et humides. Quelquefois le caustique détermine des douleurs assez fortes, un gonflement érysipélateux et même un mouvement de fièvre; mais ces accidents ne sont jamais graves et se dissipent facilement.

BULLETIN CLINIQUE.

L'observation suivante nous a été adressée par un de nos confrères, M. le docteur E. Prestat, ancien interne de la clinique d'accouchement de la Maternité de Paris. Le fait dont il s'agit, curieux et rare, offre surtout de l'intérêt sous le rapport de la rapidité et et de la facilité de la guérison, dans un cas où la nature, même secondée, reste le plus souvent impuissante. Il nous a paru digne de prendre place dans les annales de la science, pour être opposé aux cas du même genre ordinairement si graves qu'on trouve de loin en loin dans les recueils périodiques.

Ascite considérable survenue au neuvième mois de la grossesse.—*Accouchement naturel à terme.—Prompte guérison de l'ascite après l'accouchement.*

Madame D., âgée de dix-neuf ans, et mariée depuis plusieurs mois, devint enceinte en mars 1841. Cette dame, d'une très petite taille et très délicate, jouissait d'une bonne santé habituelle. Dès les commencements de sa grossesse, elle éprouva des vomissements très fréquents et des maux de reins très forts qui la forcèrent à garder la chambre pendant plusieurs mois, et à rester, la plus grande partie du jour, couchée sur une chaise longue. Ces symptômes disparurent presque complètement pendant les 6e, 7e et 8e mois, à la suite d'une saignée pratiquée pour des symptômes de pléthore. Vers le milieu du 9e mois, le ventre, qui avait toujours paru assez gros, à cause de la petite taille de madame D., commença à prendre un volume vraiment extraordinaire. Comme d'ailleurs elle se portait bien et sentait distinctement les mouvements de son enfant, madame D. ne réclama aucun soin.

A la suite d'une assez vive émotion mo-

rale, madame D. éprouva des pesanteurs de tête, des vertiges très forts et me fit demander le 12 décembre. Frappé du volume de son ventre, je le palpai et je constatai qu'il y avait un épanchement considérable dans le péritoine. En effet, à droite et à gauche de l'utérus qu'on circonscrivait assez facilement à travers les parois abdominales, on sentait une fluctuation manifeste.

Le pouls était plein, dur, sans fréquence. La respiration était assez difficile, surtout la nuit, où la malade était obligée de dormir presque assise. Quoiqu'elle eût de l'appétit et que la langue fût belle, madame D. ne pouvait prendre que très peu d'aliments, probablement à cause de la gêne que l'ascite et la grossesse apportaient à l'ampliation de l'estomac. Les garderobes et les urines étaient très rares, les jambes très légèrement infiltrées.

Je fis à madame D. une saignée de douze onces et lui prescrivis des boissons nitrées. La malade ne pouvait boire qu'en très petite quantité, ce qui m'engagea à avoir recours aux frictions sur l'abdomen avec la teinture de digitale. Sous l'influence de cette médication, les vertiges cessèrent, mais le ventre continua à croître d'une manière sensible, et l'œdème des jambes augmenta.

Cet état persista jusqu'au 21 décembre, que les douleurs de l'enfantement se déclarèrent. La malade se plaignit constamment de maux de reins qui lui laissaient peu de repos. Le travail fut régulier et dura douze heures. L'enfant se présentait en position céphalo-latérale gauche. La seule chose digne de remarque fut que, lors de la rupture des membranes, il s'écoula une énorme quantité d'eau sans que le volume du ventre parût sensiblement diminué. L'enfant, du sexe féminin, est très petite, mais vivace; elle doit peser de cinq à six livres. La délivrance fut naturelle.

Après l'accouchement, le ventre resta si gros que je dus m'assurer par le toucher qu'il n'existait pas un second enfant. Mais l'utérus était bien revenu sur lui-même, et cependant l'abdomen avait encore le volume de celui d'une femme à terme. Les parois abdominales étaient toujours distendues, et le flot très marqué me fit estimer à plusieurs litres la quantité d'eau contenue dans le péritoine. Il fallut un napperon pour bander le ventre de l'accouchée. Bien que l'état général fût très satisfaisant, et que l'hydropisie me semblât déterminée seulement par la compression de la veine cave, compression qui devait cesser par le fait de l'accouchement, je crus devoir avertir la famille de ce que pouvait avoir de fâcheux une circonstance aussi insolite. M. D. pria un de nos amis communs, M. Diday, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon, qui se trouvait alors à Paris, de venir voir sa femme, et il vérifia vingt-quatre heures après l'accouchement qu'il existait encore une ascite considérable. Cependant, sous l'influence d'une compression méthodique de l'abdomen et des boissons nitrées, et surtout grâce à la facilité de la circulation, madame D. avait déjà rendu plusieurs litres d'une urine presque incolore. Les lochies très aqueuses étaient peu abondantes, l'état général des plus satisfaisant.

Les jours suivants, l'urine continua à être rendue avec autant d'abondance, et le ventre diminua rapidement de volume. Les seins ne se gonflèrent pas; il y eut absence complète de sécrétion laiteuse et de fièvre de lait. L'appétit reparut, et on permit à madame D. une nourriture substantielle en petite quantité d'abord, puis en plus grande.

Au bout de huit jours, l'abdomen était complétement revenu à son état naturel; mais comme je craignais que l'extrême tension des parois abdominales et le relâchement qu'avait dû amener l'ascite dans les ligaments utérins ne prédisposassent madame D. à un abaissement ou à un déplacement de l'utérus, je lui fis garder le lit pendant quinze jours.

Madame D. s'est complétement rétablie, et depuis deux ans sa santé ne s'est pas démentie un seul instant.

Prestat.

On peut considérer comme une circonstance favorable l'apparition tardive de l'ascite. Si, au lieu de se développer au 9^{e} mois, elle fût survenue à une époque peu avancée, ou seulement à 5 ou 6 mois, comme cela s'est vu dans la plupart des cas, il est probable que le développement persistant et croissant de l'utérus eût donné lieu à un épanchement de plus en plus considérable, qui eût à la fin déterminé des accidents assez graves pour que l'art dût intervenir. Heureusement l'accouchement, en délivrant les vaisseaux de la compression fâcheuse à laquelle ils étaient soumis, a promptement arrêté les progrès du mal.

Le peu d'ancienneté de l'épanchement a dû rendre aussi la résorption plus facile. Aussi huit jours ont-ils suffi à faire disparaître une quantité de liquide assez grande pour laisser à l'abdomen, après l'accouchement, un volume qui avait fait croire un instant à la présence d'un second enfant. Au contraire, dans une observation de M. Ollivier d'Angers (*Archives*, VI, 185), l'épanchement étant de date beaucoup plus ancienne, la résorption ne put être obtenue par les seuls efforts de la nature, et la ponction fut nécessaire.

Cette opération est quelquefois, même avant la déplétion de l'utérus, la seule ressource à opposer à des accidents formidables. Elle ne saurait être faite, dans ces circonstances, suivant la méthode ordinaire. Scarpa assigne

comme la région la plus convenable l'hypochondre gauche; M. Ollivier préfère avec raison l'ombilic qui est élargi, saillant, et où le liquide n'est recouvert que par des membranes minces, faciles à transpercer avec la pointe d'une lancette. Une observation rapportée par ce savant médecin justifie tout ce qu'il dit des avantages et de l'innocuité de sa méthode. Le fait d'une autre femme non enceinte et qui, sans accident, se pratiqua ainsi à elle-même à diverses reprises la ponction avec un tuyau de plume, semble sous ce dernier rapport tout à fait concluant. Qu'on se garde toutefois de céder au désir et à l'espoir d'obtenir un écoulement plus prolongé du liquide en plaçant une mèche, quelque petite qu'elle soit, dans l'ouverture faite à la petite poche saillante de l'ombilic. J'ai vu une péritonite mortelle en 30 heures être la conséquence de cette pratique.

L'accouchement prématuré artificiel pourrait-il être utilement pratiqué dans quelques cas d'ascite compliquant la grossesse? Cette opération ne pourrait convenir qu'à certains termes de la gestation, et sous ce rapport la ponction, praticable à toutes les époques, offre un avantage incontestable. Mais la ponction n'est qu'un palliatif, et la reproduction de l'épanchement par la persistance des causes qui l'ont produit pourra exiger l'emploi d'un moyen plus définitivement utile. La vie menacée de l'enfant pourra même faire un devoir d'y recourir, pourvu qu'on ait l'espoir fondé qu'il continue de vivre hors du sein de sa mère. L'état de santé de celle-ci peut, de prime abord, si la grossesse est suffisamment avancée, réclamer l'accouchement prématuré artificiel. Tel était le cas d'une femme opérée par Siebold. (*Journal*, IV, 311.) Si l'on considère que, dans tous les cas, il y avait en même temps hydropisie de l'amnios, la méthode qui consiste à provoquer la contractilité utérine par la ponction des membranes paraîtra préférable à toute autre, en raison de la déplétion considérable et du soulagement immédiat qu'elle produira. A. D.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par M. CIVIALE. —*Première partie, maladies de l'urèthre.* — Un vol. in-8°, avec trois planches; — édition considérablement augmentée.

La première édition de cet ouvrage a paru en 1837. Le succès qu'il a eu nous dispense assurément d'en faire une analyse très étendue; il suffira de quelques mots pour rappeler le plan général; après quoi nous dirons sur quelles parties ont spécialement porté les additions de cette nouvelle édition.

L'ouvrage commence par une longue étude de l'anatomie et de la physiologie de la vessie et de l'urèthre. Cette partie n'a pas éprouvé de changements notables; l'auteur admet que l'urèthre chez les adultes et les vieillards a une longueur qui varie de 5 à 7 pouces, ce qui donne 6 pouces pour terme moyen. Il y a à cet égard une étrange contradiction entre les mesures prises sur le vivant et sur le cadavre; et M. Civiale ne croit pas pouvoir l'expliquer autrement que par *un racornissement, un affaissement qui ont souvent lieu par le fait de la mort.* C'est là une hypothèse pure; et l'observation clinique nous a enfin donné le mot de l'énigme. Comme nous démontrions un jour sur un vieillard de Bicêtre, à l'aide d'une sonde graduée, que l'urèthre avait moins de 6 pouces, la discussion s'étant un peu prolongée, nous fûmes fort surpris, au moment de retirer la sonde, de voir que l'urèthre s'était alongé jusqu'à 6 pouces et demi. L'attouchement des doigts, le titillement de la sonde, avaient déterminé une légère dilatation des corps caverneux, une sorte de demi-érection, et par suite un alongement de la verge. Ce phénomène, vérifié depuis sur nombre de sujets, nous permet de poser la règle suivante. Sur le vivant, la verge étant dans un état de flaccidité complet, l'urèthre n'est pas plus long que sur le cadavre; quand la sonde est introduite, si cette introduction n'éveille pas de sensibilité, l'alongement est peu considérable; mais il l'est beaucoup dans le cas contraire, et d'autant plus que le sujet est plus disposé à l'érection.

Mais le sujet essentiel du livre est l'histoire du rétrécissement; anatomie pathologique, siége, diagnostic, causes, traitement; variétés, récidives, et affections qui en sont la suite. Ce sont surtout les articles relatifs au traitement et à l'anatomie pathologique qui ont reçu de notables augmentations. Pour le traitement, M. Civiale préfère la dilatation d'une manière générale; et nous nous rangeons absolument de son avis. Quant à l'anatomie pathologique, l'auteur a eu occasion, dans un voyage en Angleterre, d'examiner les riches musées de Londres; il a étudié avec soin les pièces nombreuses qui se rattachaient à son sujet; il a corrigé par cet examen personnel de notables erreurs qui s'étaient glissées jusque dans les catalogues, et l'on peut dire que nulle part on ne trouvera l'anatomie pathologique des rétrécissements exposée d'une manière plus large et surtout plus positive. Shaw avait dit et nous avions constaté après lui que le siége de prédilection des rétrécissements se trouve sous la symphyse

pubienne, au point où l'urèthre se recourbe pour remonter vers la prostate; M. Civiale a vérifié ce fait important sur un très grand nombre de préparations anglaises qui avaient été mises à sa disposition.

On trouve dans ce livre une clarté et une méthode toutes françaises, tandis que, par le nombre et la variété des faits, il se rapproche de la manière anglaise; et jusque là nous n'avons rien qu'à louer. Mais nous aurions désiré qu'en rapportant ses propres faits et ses propres idées, l'auteur fît quelquefois une plus large part aux idées des autres; qu'il mît à même de vérifier ses citations par des notes plus fréquentes; en un mot, qu'il eût montré moins de dédain pour une juste et saine érudition. Nous savons d'avance tout ce qu'il pourrait nous répondre; mais nous avons en notre faveur un argument inattaquable; le livre n'y aurait rien perdu d'abord; et pour plus d'un lecteur il y aurait gagné.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—Il y a eu une petite guerre fort animée au sujet de la thérapeutique du bégaiement, entre M. Colombat et M. Jourdant. Le débat ayant porté principalement sur la question de priorité, nous nous abstiendrons de la reproduire jusqu'à ce que les faits aient d'abord décidé qui des deux contendants réussit le mieux.

—*M. Marchal de Calvi* a soulevé une autre discussion relativement au droit exclusif d'embaumement par l'injection dans les carotides que s'attribue M. Gannal. Il a cité les expériences de Tranchina sur les injections arsenicales; il aurait pu ajouter qu'elles ont été employées à Calcutta pour la conservation des sujets destinés à la dissection avant que M. Gannal fît ses essais à l'Ecole pratique, et que M. Dujat a montré à l'Ecole pratique même que le résultat des injections arsénicales était bien préférable à celui des injections alumineuses pour la coloration des organes.

—*M. Mandl* a lu un remarquable travail sur la composition du tartre des dents. Il résulte de ses observations que le tartre n'est qu'un dépôt de squelettes d'infusoires morts, agglutinés par le mucus desséché, à peu près comme certains terrains sont, d'après les recherches d'Ehrenberg, composés presque entièrement d'infusoires fossiles. Ces infusoires sont tout à fait semblables à ceux que décrivent les auteurs sous le nom de *vibrions*.

Ils existent aussi en grande quantité dans les mucosités buccales, chez les malades mis à la diète depuis plusieurs jours; et ils constituent la majeure partie des enduits muqueux de la langue chez les personnes dont la digestion est troublée. M. Mandl en conclut que le tartre ne peut être considéré, ni comme un dépôt des matières calcaires de la salive, ni comme une sécrétion particulière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.—18 *juillet*.—M. J. Guérin représente le malade auquel il a fait la myotomie rachidienne pour une déviation latérale de l'épine. Un vif débat s'étant élevé entre lui et M. Bouvier, il prie l'Académie de surseoir à son jugement jusqu'à ce qu'il représente le sujet, dans trois semaines ou un mois; il espère qu'alors le redressement sera complet.

M. Auzoux a présenté une série de pièces d'anatomie artificielle humaine et comparée, qui ont excité des applaudissements dans l'Académie.

1er *août*.—M. Moreau Boutard, aide-major au Val-de-Grâce, lit un mémoire *sur l'excision de la muqueuse dans les plaies intestinales traitées par l'entéroraphie*.—Pour arriver à la réunion directe et sans renversement aucun des plaies intestinales, il excise le bourrelet formé par la muqueuse qui se renverse en dehors des lèvres de la plaie; s'il s'agit alors d'une plaie longitudinale, la suture suffit pour mettre en contact des lèvres partout saignantes et disposées à se réunir; pour une section transversale complète, on peut employer la suture simple ou l'invagination.—Commissaires: MM. Gimelle, Amussat et Jobert.

8 *août*.—M le maire de Bourg écrit à l'Académie que le monument élevé en l'honneur de Bichat, par une souscription nationale, et grâce au talent aussi élevé que désintéressé de M. David, sera inauguré à Bourg le 24 août. Si l'Académie juge convenable d'envoyer des représentants à cette cérémonie, la ville et les principaux habitants de Bourg tiendront à honneur de recevoir dignement de pareils hôtes.—M. Pariset a été désigné pour représenter l'Académie.

—SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.—Nous annonçons avec plaisir la constitution de cette société nouvelle, qui peut être appelée à rendre de grands services à l'art que nous cultivons. Elle s'est déjà réunie trois fois sous la présidence de M. A. Bérard; ses séances ont lieu à l'Hôtel-de-Ville, tous les mercredis à 3 heures et demie. Ses fondateurs, au nombre de 17, sont tous chirurgiens des hôpitaux civils ou du bureau central; le nombre des membres titulaires est fixé à 35, et tous les chirurgiens actuellement en exercice dans les hôpitaux civils et militaires de Paris seront invités à s'y rallier jusqu'au complément de ce chiffre. Nous rendrons compte des travaux de la société.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8° Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. MALGAIGNE, Rédacteur en chef, rue Neuve-des-Petits-Champs, n° 39.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

SEPTEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Nouvelle méthode de traitement pour les fractures très obliques de la jambe; *communiquée à la Société de chirurgie, le* 13 *septembre* 1843 *; par* M. MALGAIGNE.

Je désire entretenir la Société d'une méthode nouvelle, dont l'innocuité et l'efficacité ont déjà été constatées par l'expérience, et qui s'applique au traitement de certaines fractures et même de certaines luxations, dans des cas où les moyens connus seraient insuffisants ou nuisibles ; je veux parler de l'implantation de griffes ou de pointes d'acier sur les os mêmes, afin d'agir sur eux à la fois avec la plus grande puissance et dans la plus petite étendue, sans lésion notable des chairs et des téguments.

On sait combien les plaies par piqûre paraissaient redoutables aux chirurgiens qui nous ont précédés. L'un des premiers, et le premier peut-être dans l'âge moderne, je me suis élevé contre cette opinion ; et les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique* m'ont fait l'honneur de rappeler mes idées à cet égard. Je me fondais alors sur trois ordres de faits : 1° l'innocuité de la ponction avec le trocart, même dans les grandes cavités séreuses, et l'innocuité de l'emploi des aiguilles dans les sutures; 2° les succès empiriques obtenus par le fameux pansement *du secret*, c'est-à-dire par la succion des plaies piquantes, ou même par l'expectation simple déguisée sous des formules magiques; 3° et enfin la prompte guérison de plaies par instruments piquants sur des blessés confiés à mes soins et que j'avais traités par le repos pur et simple. Depuis lors les beaux résultats fournis par la ténotomie ont complété la démonstration ; mais il y avait loin de ces premiers faits à l'idée plus hardie d'une ponction en quelque sorte perma-

nente, avec un instrument laissé dans la plaie, appuyant sur un os par sa pointe, l'autre extrémité demeurant à l'extérieur.

Ce ne fut donc, comme je l'ai dit ailleurs, qu'après avoir longtemps hésité et médité, que je me déterminai à tenter l'emploi de mes griffes dans les fractures transversales de la rotule. Le résultat, sous certains rapports, dépassa mes espérances; et surtout je n'aurais jamais soupçonné, avant l'expérience, que des pointes d'acier enfoncées durant plusieurs semaines à travers les téguments, les tendons et le périoste, auraient pu être retirées sans donner lieu, ni avant ni après leur extraction, à la moindre trace de suppuration. Une pareille innocuité, en laissant même à part l'utilité de la méthode, est encore à mon avis l'un des faits les plus surprenants qu'on puisse citer en pathologie chirurgicale.

On comprend que ce merveilleux phénomène devait m'encourager grandement à poursuivre l'application de ma méthode. Toutefois, sans vouloir généraliser à l'avance, j'attendais que les occasions se présentassent d'elles-mêmes; et c'est même comme à peu près contraint et forcé que j'eus recours à la pointe d'acier dans le premier cas de fracture de jambe dont je vais avant tout rapporter l'histoire.

Obs. I.—Le 6 octobre 1840, on apporta dans mon service à Bicêtre, le nommé Alexandre Renard, aliéné, qui venait de se casser la jambe. Cet homme, âgé de 44 ans, d'abord tailleur, ensuite cordonnier, était entré depuis 3 ans 1/2 dans la section des aliénés, après avoir tenté de se couper la gorge. Il s'était donné un coup de tranchet au dessous du cartilage cricoïde. Il avait été bien guéri de cette plaie, et la voix même était demeurée bien nette; et de ce premier accès de folie il ne lui était guère resté qu'une légère paralysie de la jambe gauche qu'il traînait un peu en marchant, n'ayant besoin d'ailleurs ni de bâton ni de béquille. Il était habituellement doux et tranquille, en sorte qu'on lui permettait de sortir de la section pour travailler dans la maison de son état de cordonnier. Le 5 octobre il s'était tenu caché dans une cour extérieure; il passa la nuit à méditer des moyens de fuite; vers 5 heures du matin, il réussit on ne sait comment à grimper sur l'un des toits de l'enceinte, et se lança de là dans le fossé, où il tomba debout sur le pied droit; de là la fracture, qui lui arracha des cris violents; on accourut, et il fut immédiatement transporté à l'infirmerie.

Les deux os de la jambe étaient cassés; la fracture du péroné, profondément cachée dans les chairs, ne pouvait être reconnue que par la mobilité; seulement elle siégeait manifestement fort au dessus de celle du tibia. Celle-ci, située tout à fait inférieurement, était oblique de haut en bas et d'arrière en avant; le fragment supérieur, taillé en bec de flûte très aigu sur la crête et la face interne de l'os, descendait ainsi jusqu'à deux centimètres environ des malléoles; sa pointe soulevait la peau en avant à 5 millimètres au dessus du niveau de la peau qui recouvrait le fragment inférieur; encore celle-ci paraissait-elle soulevée elle-même au dessus de ce fragment qui semblait très profondément enfoncé. Le talon était fortement incliné en arrière, en sorte que les deux fragments faisaient un angle saillant en avant. On tenta la réduction du mieux qu'il se put; le talon fut relevé avec soin, et la jambe enveloppée d'un appareil de Scultet et fixée par deux coussins et deux attelles latérales. Le malade reposa bien ce jour-là et le suivant; il était tout à fait tranquille et n'accusait aucune douleur; néanmoins, inquiet de cette saillie de l'os, j'enlevai l'appareil le troisième jour, et je vis que j'avais bien jugé.

La saillie soulevait la peau avec plus de force que le premier jour. Il y avait peu d'inflammation; mais la peau fortement ecchymosée paraissait noire, tendue, disposée à la gangrène. J'avais fait faire une gouttière en bois pour contenir la jambe et le pied; je mis le membre dans cette gouttière, essayant d'élever le talon le plus possible, en accumulant au dessous des compresses; la saillie ne diminuait pas. Jugeant que l'action des extenseurs de la jambe y contribuait essentiellement, je disposai le membre sur un plan incliné comme pour les fractures de la rotule, le talon élevé le plus possible, la jambe fixée à l'aide de la gouttière et de deux attelles latérales. La saillie diminua ainsi quelque

peu ; j'eus alors l'idée d'attirer le pied en dedans à l'aide d'une bande fixée à l'attelle interne ; la diminution fut encore plus grande, et je me tins pour satisfait.

Mais le lendemain et les jours suivants, c'était toujours à recommencer. Les coussins s'affaissaient, et le talon baissait d'autant ; la gouttière glissait du côté du genou, et alors le talon basculait en arrière ; le malade, devenu indocile, prenait encore un malin plaisir à remuer le membre ; et par dessus tout l'action musculaire suffisait seule pour reproduire en quelques heures la saillie. Le 19, M. de Villepin, mon interne, remarquant que la saillie ne disparaissait efficacement que sous la pression de la main, voulut essayer de remplacer cette pression à l'aide d'un coussin épais couché sur toute la moitié supérieure du tibia, et d'une cravate passant sur ce coussin et nouée sous la gouttière.

C'était là sans doute le moyen le plus naturel ; mais j'en avais vu faire l'épreuve à la clinique de Dupuytren, et la gangrène survenue rapidement sous la pression m'avait ôté l'envie d'y revenir. Cependant, pour gagner du temps et pour montrer aux élèves l'effet de cette pression, je consentis à la tenter, en prenant soin d'examiner la peau toutes les 24 heures. La pression en effet diminua plus fortement la saillie qu'aucun autre moyen ; mais, au bout de 48 heures, les téguments étaient tellement comprimés, amincis, livides et comme déjà desséchés, que la gangrène parut imminente à tout le monde si l'on continuait ; et je remis les attelles.

Nous arrivâmes ainsi au 16e jour ; et à cette époque, l'ecchymose ayant en partie disparu, les chances d'inflammation étant à peu près dissipées, j'appliquai un appareil qui me semblait devoir atteindre le but désiré. La jambe située dans sa gouttière, le mollet et le talon appuyés, le lieu de la fracture portant à faux, deux aides faisant l'extension, la peau garantie par un bandage roulé, je fis disparaître presque en entier la saillie en pressant de toutes mes forces sur le fragment supérieur ; et dans cet état des choses, je fis couler du plâtre autour du pied, du talon, des malléoles ; autour de la moitié supérieure de la jambe et au dessous de la moitié inférieure ; enveloppant ainsi le membre d'une gaîne complète, hormis un espace suffisant à la face antérieure pour examiner l'état de la fracture.

Un premier phénomène m'inspira quelque doute sur l'efficacité de mon appareil. J'avais maintenu la pression avec le pouce jusqu'à l'entière solidification du plâtre ; dès que je retirai le pouce, la saillie reparut, bien qu'assez légère. Il y avait manifestement une force vive qui relevait le fragment supérieur, et lui faisait comprimer la peau contre la voûte formée par le plâtre. Cependant comme celui-ci exerçait une pression partout égale et répartie sur la plus large surface possible, j'espérais encore que l'échec n'irait pas plus loin. Je fus détrompé le lendemain ; dans ces vingt-quatre heures, le fragment supérieur avait tellement comprimé les téguments, que le bord inférieur de la gaîne de plâtre semblait enfoncé dans les chairs ; d'autant plus qu'au dessous un notable gonflement s'était emparé de la peau. A l'aide d'une gouge et d'un maillet, j'enlevai tout le rebord du plâtre qui écrasait ainsi les téguments contre la face interne de l'os ; la saillie augmenta incontinent. Dans la journée, le gonflement s'étant accru, il fallut rogner encore le rebord du plâtre dans toute sa circonférence ; mais alors la gaîne fut trop faible pour résister ; et le lendemain matin nous la trouvâmes cassée. On remit l'appareil ordinaire.

Le 21e jour, le gonflement était dissipé ; les fragments étaient plus mobiles même que dans les premiers jours, précisément à raison de la disparition du gonflement ; chaque matin nous trouvions la saillie énorme, et la peau commençait à prendre une teinte rouge sombre de mauvais augure. J'essayai de fléchir la jambe en la laissant reposer sur sa face postérieure, la saillie augmentait. Je la fis fléchir et coucher sur sa face externe, à la manière de Pott ; la saillie parut diminuer ; puis le lendemain je la trouvai aussi forte que jamais.

Malgré mes répugnances pour l'extension permanente, je ne voulus pas l'omettre ; et comme le plan incliné m'avait mieux réussi que toute autre position, je le repris, en

faisant fixer une semelle solide au bas de ma gouttière, et sur cette semelle j'essayai l'extension avec tout le soin possible. Le lacs à extension fut passé en arrière des malléoles et vint se croiser sur le coude-pied; mais les chefs tirés dans cette position refoulaient le talon en arrière, et faisaient faire un angle aux deux fragments. J'embrassai alors la plante du pied et le coude-pied avec le lacs dont les deux chefs noués sous le talon tendaient à le relever; et la traction faite sur ces deux chefs parut en effet un peu mieux réussir. Mais le lendemain le lacs était relâché, et la saillie reparue de plus belle.

Ce fut alors que, toutes mes ressources étant épuisées, je m'arrêtai à un projet que je méditais depuis quelques jours, et qui consistait à exercer une pression permanente sur le fragment supérieur sans comprimer la peau elle-même. Pour cela je fis faire une sorte d'arc en forte tôle qui embrassait les trois quarts antérieurs de la jambe à une distance d'un travers de doigt; aux deux bouts de cet arc étaient deux mortaises horizontales laissant passer un fort ruban de coutil, qui passait par dessus l'arc, par dessous la gouttière du plan incliné, et se serrait à l'aide d'une boucle. Enfin, du centre de l'arc, à travers un écrou solide, descendait une vis de pression à pointe très aiguë; de telle sorte qu'en tournant la vis, la pointe devait traverser les téguments et se fixer sur la face antérieure du tibia, tout près de sa crête; et que la striction du ruban lui offrant un point d'appui solide, chaque tour de vis devait enfoncer de plus en plus le fragment sur lequel elle était fichée. Je ne saurais donner une meilleure idée de l'action de l'appareil qu'en le comparant au tourniquet de J.-L. Petit, sauf la substitution d'une vis pointue à la pelote large et rembourrée de cet instrument.

Je fus en mesure de l'appliquer le 29 octobre, 23e jour de la fracture. La jambe étant étendue sur une planchette postérieure suffisamment garnie, maintenue en outre sur les côtés par deux coussins et deux attelles, mais tout à fait libre par sa face antérieure, deux aides firent l'extension et la contre-extension, à l'aide de lacs qui furent fixés d'une part au haut de la planchette et d'autre part à la semelle; après quoi seulement je fis marcher la vis. Le malade montra une grande frayeur et cria beaucoup avant, pendant et après l'application. Nous n'en fîmes pas grand compte; car il avait crié de même tout un jour et toute une nuit qu'on lui avait lié très mollement l'autre jambe pour l'empêcher de défaire ses divers appareils. Toutefois, afin de mieux juger si en effet ces cris étaient dus à la souffrance, je le fis jaser durant un quart d'heure sur sa vie antérieure, sans que la conversation fût interrompue une seule fois par une plainte, ou même par un simple frémissement des fibres du visage. L'action de la vis avait été toute puissante; dès les premiers pas la saillie avait disparu à l'œil; à la fin, il était impossible de la reconnaître au toucher sur la face interne de l'os; seulement la crête du fragment supérieur continua à déborder en avant l'autre fragment peut-être d'un millimètre; et cette proéminence résista même à la pression la plus exagérée de la vis.

Malgré ce léger déplacement, la fracture était maintenue comme si elle eût été soudée; et, chose curieuse, on pouvait remuer le pied et le talon dans la jointure tibio-tarsienne, sans communiquer le moindre mouvement perceptible au fragment inférieur. La fracture du péroné demeurait toujours cachée dans les chairs; il est à noter que, tandis que le tibia paraissait net et sans gonflement sous la peau au niveau de la fracture, à 3 centimètres au dessus l'on rencontrait un empâtement paraissant appartenir au périoste, comme si la tumeur du cal, entravée au centre par la mobilité des fragments, n'avait pu se faire que vers cette extrémité.

Cependant le malade avait recommencé à crier, et il prétendait que si l'on avait interposé un coin de bois entre l'os et la pointe, l'os aurait été mieux ménagé. Pour couper court, je fis marché avec lui qu'il se tairait à condition que je commanderais ce coin de bois; à ce prix les cris cessèrent presque à l'instant.

Le 30, calme complet; le malade qui avait craint d'être tourmenté la nuit par la piqûre prétend qu'il n'a pas dormi; le surveillant affirme le contraire. Du reste nulle dou-

leur du côté de la pointe ; mais il paraît y avoir de l'engourdissement et des tiraillements dans la cuisse et le jarret.

Le 31, le malade déclare qu'il a bien dormi. Il n'est plus question de la cuisse ni du jarret; maintenant il accuse de la douleur au genou et aux malléoles. Je détache le lacs du talon qui en effet avait imprimé ses plis sur la peau des malléoles ; je maintiens l'autre, et cependant je profite de cette demi-concession pour donner deux tours de plus à la vis qui semblait relâchée. Le coin de bois n'est pas fait, bien entendu; mais je m'emporte contre l'ouvrier retardataire, et je donne ordre qu'on aille le presser.

Le 1er novembre, le ruban qui serre l'instrument est relâché ; je le resserre et je donne un nouveau tour à la vis. Il n'y a encore autour de la pointe ni rougeur, ni gonflement, ni suppuration.

Le 2, on aperçoit une teinte à peine rosée le long du tibia, et le mollet paraît un peu tuméfié. Le malade nous rassure à cet égard en disant que depuis longtemps le membre droit est plus gros que le gauche, la paralysie ayant amoindri ce dernier ; et il assure qu'il a lui-même constaté plusieurs fois entre la circonférence des deux mollets une différence de trois pouces. Il a bien dormi, mangé la demi-portion avec appétit; il ne souffre nulle part, et demande maintenant qu'on ne touche plus à son membre.

Le 3, la teinte rosée n'existe plus; il y a à peine une légère douleur sous le talon, qu'une friction momentanée avec le doigt suffit à soulager. Je fis voir le malade ce jour-là à M. le docteur Wéber de Mulhouse et à un docteur allemand de ses amis.

Le 5, je priai également M. Rochoux de constater le bon état du membre, et surtout cette absence merveilleuse de toute suppuration.

Le 6, la peau paraît un peu rouge autour de la piqûre; on dirait que la pointe tend à glisser sur le plan déclive de la face interne du tibia.—Le 7, elle avait en effet glissé en dedans à environ deux millimètres ; et partie par cette cause, partie par l'affaissement des coussins, la saillie du fragment avait augmenté. J'ôtai la vis pour la reporter à 4 centimètres plus haut. La fracture était encore très mobile, il n'y avait nul gonflement à l'entour ; néanmoins tous mes efforts pour obtenir une exacte coaptation furent de rechef inutiles ; j'obtins seulement le même résultat qu'à la première application.

Le 8, tout va bien ; le malade se plaint seulement un peu du talon. La plaie laissée par la pointe est fermée par une petite croûte noirâtre ; il y a un peu de rougeur autour.

Le 10, cette rougeur a cessé ; il s'en montre un peu autour de la nouvelle piqûre, et le plissement de la peau à son côté interne semble indiquer une tendance de la pointe à glisser. Cependant cette crainte ne s'était point réalisée, lorsque le 12 novembre dans la nuit, le malade relâcha à demi la vis, de telle sorte que la pointe sortie des chairs était seulement à fleur de peau ; et il avait repoussé l'instrument en masse à environ 3 centimètres plus bas en éraillant l'épiderme. Je vis toutefois avec satisfaction que la saillie n'avait que peu augmenté, et que les fragments tenaient déjà l'un à l'autre. En conséquence je crus pouvoir me dispenser de replacer la vis; je mis simplement une cravate entre la fracture et la première piqûre; de plus, entre la deuxième piqûre et le genou, je disposai une bande roulée à deux globes dont l'un appuyait sur la face interne du tibia et l'autre sur les muscles antérieurs, la crête de l'os restant libre entre les deux ; et je pressai sur ces globes avec mon arc de fer dépouillé de sa vis.

Le lendemain, cet appareil avait assez bien réussi; et la compression exercée par les deux globes n'avait nullement contus la peau. Au contraire la cravate avait meurtri et rougi la peau au niveau de la crête tibiale, et il fallut y renoncer. M. Carron du Villards vit le malade avec moi ; la seconde piqûre était fermée par une petite croûte noire comme la première.

Le 15, le globe qui appuyait sur la face interne du tibia avait excorié la peau ; de plus il avait glissé vers la piqûre supérieure qui était dépouillée de sa croûte et d'un rouge vif. J'ôtai la bande à deux globes, et la remplaçai par une cravate qui comprimait le tibia le plus près du genou possible.

Le 16, la piqûre mise à nu la veille s'est recouverte d'une pellicule mince ; il n'y a pas eu une goutte de pus, et il n'y a plus de rougeur.

Enfin, pour abréger, nous atteignîmes le 30 novembre, 55e jour de la fracture; les fragments tenaient l'un à l'autre, mais le cal était mou ; je plaçai un appareil dextriné qui ne fut enlevé que le 15 janvier. Alors la consolidation était complète, sans nulle tumeur autour de la fracture, mais avec une saillie du fragment supérieur de 2 à 3 millimètres, et une roideur comme on peut l'imaginer. De plus, les deux piqûres sous l'appareil qui les recouvrait s'étaient transformées en deux petites plaies superficielles, vives, rouges, pareilles à celle d'un vésicatoire de la grandeur d'un franc ; elles étaient solidement cicatrisées 5 jours après. Je dois ajouter qu'avant l'application de l'appareil dextriné, nous avions constaté à la face postérieure du talon la présence d'une large escarre sèche et noire, qui s'était détachée dans l'appareil et avait laissé une troisième plaie superficielle qui demanda près de 15 jours pour se fermer. Le malade fut mis alors à l'usage des béquilles, qu'il garda plusieurs mois ; après quoi il put marcher comme avant sa fracture, sans bâton ni autre soutien.

Ce sujet était encore dans la première section des aliénés lorsque je quittai Bicêtre en novembre 1842 ; et je l'ai revu à plusieurs reprises durant tout ce temps ; car, toutes les fois que j'allais dans cette section, il s'empressait de se faire reconnaître et de me montrer sa jambe. Je l'ai fait voir ainsi à beaucoup de médecins ; et pendant ces deux années, la fracture est restée parfaitement consolidée, il ne s'est fait aucun gonflement à l'entour, et il était impossible de sentir le moindre gonflement de l'os ou du périoste au niveau des piqûres qui ne se sont jamais rouvertes.

Je me suis étendu longuement sur les détails de cette observation ; la nouveauté du cas, les difficultés sans nombre que j'ai rencontrées, et après tout l'heureuse issue d'un premier essai seront sans doute une excuse suffisante. Essayons maintenant d'apprécier la portée de ce fait.

Il est peu de praticiens qui n'aient rencontré de ces fractures obliques de la jambe, déterminées généralement par une chute, et avec une obliquité telle que si le bout du fragment taillé en pointe n'a pas percé la peau de prime abord, il la soulève plus tard avec tant de force qu'elle s'ulcère ou se gangrène, et qu'une fracture simple se trouve transformée en une fracture compliquée des plus graves. Si cette fatale conséquence parvient à être évitée, il reste toujours une saillie telle du fragment en question que la jambe en demeure difforme, les téguments amincis et toujours disposés à s'ulcérer ; et enfin trop souvent la réunion des deux fragments est anguleuse, l'angle saillant en avant et en dedans, et à la difformité se joint une claudication irrémédiable, et quelquefois la triste nécessité de garder les béquilles toute la vie. J'ai vu un cas dans lequel la peau fut ainsi perforée ; le bout du fragment se nécrosa ; des fusées purulentes effroyables dévastèrent la jambe, et une consultation fut réunie pour agiter la question de l'amputation de la cuisse. Le blessé échappa à cette douloureuse extrémité et conserva son membre ; mais au prix de combien de douleurs, d'incisions, de contr'ouvertures, et de temps, c'est ce que l'on peut facilement présumer. Quant à des sujets guéris avec une consolidation vicieuse et les tristes conséquences que j'ai signalées, j'en ai vu à Bicêtre de si nombreux exemples qu'à la fin j'avais renoncé à en recueillir les observations. Ils venaient à cet hospice de presque tous les hôpitaux de la capitale ; c'est-à-dire que devant des lésions aussi graves tous les chirurgiens se trouvaient également impuissants et désarmés.

Il pourrait dès lors sembler étrange que l'on ait tellement négligé la thérapeutique de ces fractures obliques, si des négligences et des lacunes toutes pareilles ne se rencontraient à chaque pas en chirurgie. Pott dit qu'un chirurgien de son temps avait imaginé une machine analogue au tourniquet de J.-L. Petit, et n'avait pas craint d'en faire usage dans une fracture simple de la jambe, qui se convertit promptement en fracture compliquée. Pott lui-même, attribuant la saillie de l'un des fragments au poids de l'autre, joint à l'action musculaire, prétendait y remédier toujours par la position. M. Mayor a bien vu que la pression était nécessaire et a préconisé ses cravates.

Dupuytren, pour le cas très analogue de la luxation du pied en arrière, exerçait une compression toute semblable à l'aide d'un bandage roulé.

J'ai publié autrefois l'histoire d'une luxation de ce genre, favorisée par une fracture oblique du tibia ; Dupuytren appliqua son bandage roulé, qui ne réussit jamais à réduire la saillie, et qui, dès le 7e jour, avait produit une escarre superficielle. L'interne eut alors la même idée que le chirurgien dont parle Pott ; il se servit du tourniquet ; au bout de 24 heures il y avait des traces de gangrène. Chez notre aliéné nous avons essayé la position, les cravates, et bien d'autres choses encore ; tout a également échoué.

En désespoir de cause, M. Laugier, marchant sur les traces de M. Meynier d'Ornans, a tenté la section sous-cutanée du tendon d'Achille ; et, avant d'en savoir l'issue, j'avais moi-même été séduit par l'apparente simplicité de ce moyen. M. Laugier a loyalement rendu compte des conséquences ; l'observation mérite d'être rappelée.

C'était « un cas de fracture de la jambe dans le voisinage de l'articulation du pied, avec déplacement de l'extrémité inférieure (*sic*) du tibia en avant. La réduction n'avait pas été tout à fait complète ; la peau tendue au devant de l'extrémité du tibia avait une teinte rouge qui faisait craindre une inflammation prochaine et probablement la gangrène. Les muscles gastro-cnémiens me parurent tendus et raccourcis ; la section du tendon d'Achille était le moyen le plus prompt et le plus efficace pour faire cesser cette contraction, et peut-être aussi pour obtenir la réduction parfaite de la fracture. Elle fut pratiquée, et la saillie du tibia, sans avoir disparu tout à fait, diminua. Mais au bout de quelques jours un phlegmon se développa sur le trajet qu'avait parcouru le ténotome ; une fusée purulente s'étendit au devant du bout supérieur du tendon d'Achille et des muscles du mollet ; d'autres foyers purulents s'établirent autour des foyers de la fracture, et après avoir résisté plusieurs semaines à ces accidents, le malade finit par succomber. »

Cela suffirait bien pour retenir déjà quelque peu les praticiens qui seraient tentés de recourir à la ténotomie ; mais d'autres études que j'ai entreprises depuis lors me rendraient tout aussi réservé, quand même la section du tendon d'Achille n'aurait jamais été si funeste. On dit qu'elle a mieux réussi à un habile professeur de la Faculté dans deux cas du même genre ; mais les observations n'étant pas encore publiées, nous ne savons pas ce qu'a produit cette section sur les forces musculaires et sur la marche des sujets. On coupe beaucoup trop de muscles et de tendons, à mon avis ; et il serait désirable que l'on sût à l'avance un peu mieux ce qu'on fait, c'est-à-dire à quoi l'on expose ses malades. J'aurai occasion de revenir sur cette question.

D'où vient cependant la résistance opiniâtre de ces fractures à une juste coaptation ? M. Laugier, pour la saillie en avant du fragment inférieur, accuse presque exclusivement les muscles du talon. S'il en était ainsi, la flexion du genou suffirait pour anéantir ou du moins affaiblir beaucoup leur action ; et cependant dans cette position la saillie persiste, et s'accroît même si l'on porte la flexion trop loin. Pour moi, luttant contre le fragment supérieur, où je recueillais mon observation, j'étais plus frappé de l'influence des muscles rotuliens. Aujourd'hui j'admets non-seulement l'action des uns et des autres, mais celle de tous les muscles de la jambe ; et j'ajoute qu'il y a un autre obstacle encore. Sans cela, comment M. Laugier en coupant le tendon d'Achille, comment moi-même disposant de la formidable puissance de ma vis, n'aurions-nous pu arriver qu'à une réduction incomplète ? Il faut qu'il y ait là un obstacle mécanique ; et, après mûres réflexions, je présume que cet obstacle est dû à trois causes, isolées ou réunies. Premièrement, il y a un léger degré de chevauchement, très facile à constater sur les pièces sèches de nos musées ; et on comprend que la pointe du fragment antérieur ne saurait s'ajuster dans l'échancrure de l'autre, si elles ne sont pas exactement de niveau. Deuxièmement, même au niveau, les fractures ne sont pas si nettes que nos traités classiques le donneraient à croire ; et le plus souvent elles offrent des dentelures et des anfractuosités multipliées, qui ont besoin de se rencontrer toutes pour que la réduction soit bien parfaite.

Enfin, pour la fracture de la jambe en particulier, l'un des fragments du péroné porté aussi devant l'autre, et sur lequel la coaptation n'a pas de prise, est arrêté par ce dernier dans les efforts qu'on fait pour refouler la saillie du tibia en arrière, et aide encore à la résistance. Au reste, on ne saurait affirmer que cette résistance sera toujours invincible, puisque, dans le cas de la luxation de Dupuytren, qui n'était à vrai dire qu'une fracture oblique du tibia, le tourniquet avait fait disparaître toute saillie appréciable.

Qu'importent après tout et la nature des obstacles et le degré variable du succès qu'il est permis d'espérer? Il y a là, devant vous, en face, un immense péril, qu'il est de votre devoir de conjurer. Avez-vous même le choix des moyens? Non; pour mon propre compte, je ne saurais dire que j'en connaisse un autre que celui que j'ai été forcé d'innover.

La question de nécessité ainsi résolue, la question d'efficacité, quand on considère la puissance de l'instrument, n'offrant guères plus de doute, il reste la question d'innocuité. A en juger, non-seulement par notre premier fait, mais encore par les résultats analogues obtenus pour des fractures de la rotule, la méthode tiendrait plus qu'il n'était permis de lui demander. Point de nécrose ni de carie, point de gonflement du périoste ni de l'os, point de suppuration dans les parties molles; le seul inconvénient grave est la douleur et l'escarre déterminées par la pression du talon. Cependant l'état mental du blessé laissait désirer quelque chose de plus net sur l'intensité de la douleur produite par la piqûre, sur cette tension du jarret et quelques autres phénomènes du même genre; en outre, son indocilité n'avait pas permis de pousser le traitement nouveau jusqu'à son terme; et il fallait enfin s'assurer si le glissement de la pointe, si le relâchement de la striction pouvaient être évités. Une occasion favorable s'est récemment présentée dans mon service à l'hôpital des Cliniques; et dans ce fait nouveau on pourra mieux juger de la valeur réelle de la méthode, les circonstances ayant été plus favorables, et tout le monde, le chirurgien, les aides et le malade, ayant fait leur devoir.

Obs. II.—André Pers, plombier, âgé de 52 ans, d'une santé florissante et d'une bonne constitution, revenait chez lui le 18 mai 1843, à 9 heures du soir, par un chemin de traverse, lorsqu'il trébucha tout à coup, le pied gauche ayant porté à faux; il perdit l'équilibre et, dans sa chute, se cassa la jambe. Il resta ainsi étendu jusqu'à trois heures du matin, que des pêcheurs le virent et le rapportèrent chez lui. Il se tint au lit toute la journée du 19, sans rien faire autre chose que d'arroser sa jambe avec de l'eau fraîche; le 20 de bon matin on le coucha dans une voiture et on l'amena à Paris, d'une distance d'environ quatre lieues. Il fut immédiatement présenté et admis à la Clinique.

La jambe gauche présentait à sa partie inférieure un gonflement irrégulier, avec déformation manifeste, le pied déjeté en dehors, une saillie anormale du tibia en dedans au dessus de sa malléole. La peau était fortement ecchymosée, d'un rouge violacé, mollasse, et comme distendue par une extravasation de sang sous-cutanée. A 5 centimètres environ au dessus de la malléole était une petite plaie saignante de quelques millimètres d'étendue, que le malade disait avoir été produite par l'issue du fragment supérieur. Les deux os étaient manifestement fracturés, et l'extrême mobilité du bas de la jambe ne laissait à cet égard aucun doute; mais le péroné fort au dessus du tibia, et sa fracture cachée dans les chairs se dérobait à une exploration précise. Quant au tibia, la fracture était très oblique de haut en bas, d'arrière en avant, et de dehors en dedans, de telle sorte que son extrémité très aiguë était découpée en grande partie sur la face interne. Le fragment supérieur était déjeté fort en dedans de l'autre; et faisait en même temps saillie en avant. Je reconnus la fracture en bec de flûte, et je prévins les élèves des difficultés du traitement. Cependant, pour ne rien brusquer, je commençai par tenter la réduction à l'ordinaire; tout d'abord je repoussai en dehors le fragment supérieur pour l'écarter de la plaie extérieure, ce qui se fit aisément; et la saillie

parut dès lors dirigée presque directement en avant. Je fis faire l'extension et la contre-extension, placer une planchette sous le membre, disposer deux coussins avec deux attelles latérales, soulever le talon et attirer le pied en dedans. Ni compresses, ni bandes; je voulais avoir sous les yeux toute la face antérieure de la jambe, qui n'était recouverte que par les lacs nécessaires pour maintenir l'appareil. Un peu de charpie imbibée de sang fut collée sur la petite plaie.

Le lendemain 21, la saillie en avant était aussi forte que jamais. La veille, le membre était resté froid; le soir et toute la nuit, bien que tenu à une diète absolue, le malade avait eu un mouvement fébrile très prononcé, qui ne s'était calmé qu'au matin; enfin il n'avait pas uriné depuis 24 heures. On le sonda; et la rétention d'urine ne reparut plus.—Réapplication de l'appareil; diète.

Le 22, pas de fièvre; le malade a dormi, toutefois fréquemment réveillé en sursaut par des tiraillements de la jambe, comme si quelqu'un, disait-il, la lui soulevait brusquement. La saillie revient toujours; je fais commander à M. Charrière, sans délai, un appareil à pointe.—Bouillons.

Le 23, l'appareil fut placé. Le blessé jeta un cri lors de l'entrée de la vis; il craignait beaucoup son action sur l'os, et fut agréablement surpris de ne sentir de douleur qu'à la peau. J'avais prescrit des pilules d'opium au cas où la douleur persisterait; mais elle avait cessé spontanément au bout de dix minutes. La vis parut ici remplir admirablement sa fonction; et toute saillie disparut au niveau de la crête tibiale.

Le 24, la nuit a été bonne, bien que troublée encore par quelques soubresauts de la jambe. L'appétit augmente; seulement le malade s'inquiète de son avenir, et ne se rassure qu'à grand'peine quand je lui ai affirmé qu'il marcherait comme auparavant. On resserre la vis qui paraît un peu relâchée.

Dans la journée du 24, le malade commença à se plaindre vivement du talon. Vainement on l'avait posé sur de la ouate; et tout aussi vainement on chercha à localiser la pression au dessus du calcanéum et sur le tendon d'Achille. Les douleurs allèrent en croissant; la nuit fut sans sommeil, et enfin vers 3 heures du matin, le blessé n'en pouvant plus, fit appeler l'interne de garde, réclamant du soulagement à tout prix. L'appareil était en parfait état; l'interne ne voulant pas y toucher, administra une pilule de 5 centigrammes d'opium. Une heure après, la douleur était presque entièrement calmée. On donna 3 autres pilules dans la journée du 25; et dès lors la douleur du talon ne reparut plus que très affaiblie.

Tout alla bien les jours suivants; le 29, comme le blessé n'avait pas été à la selle depuis son entrée, on administra 15 grammes d'huile de ricin qui procurèrent quatre selles, et le lendemain on donna des aliments solides.

Le 31, la saillie avait quelque peu reparu; je reconnus que la courroie qui devait fixer mon arc de cercle s'était fort allongée; il fallait en resserrer la boucle, et pour cela dégager d'abord la pointe. La boucle resserrée, je cherchai à replacer la vis dans le même trou, ce qui fut difficile et pénible; mais la petite douleur causée par cette manœuvre ne dura pas plus de quelques minutes. Dès ce moment il ne fut plus besoin de toucher à l'appareil; les fragments étaient comme cloués l'un à l'autre; et cependant, chose curieuse et dont je ne me rends pas encore bien compte, nous pouvions mouvoir le pied sans secousse et sans effort dans son articulation tibio-tarsienne.

Jusqu'au 31, il n'y avait pas même eu de rougeur autour de la piqûre. Le 1er juin, il se forma autour de la pointe une petite croûte jaune, produit sans doute de l'irritation excitée la veille; je crus qu'il y aurait de la suppuration, mais point; et les choses restèrent dans cet état jusqu'au 20 juin. Durant cet espace de temps, le malade n'accusa que quelques soubresauts qui allaient en diminuant de force et de fréquence; sa principale souffrance était un engourdissement étrange du talon et de toute la plante du pied; et il suffisait pour le calmer de changer le coton disposé sous le tendon d'Achille.

Le 20 juin, 33e jour de la fracture, 28e de l'application de la pointe, celle-ci fut retirée, sans douleur, sans suintement de pus ni de sang; la consolidation paraissait faite,

mais sans trace de cal provisoire ; au contraire, le gonflement des parties molles ayant en entier disparu, nous pûmes sentir en arrière de la face interne du tibia une petite saillie d'un à 2 millimètres environ de tout le bord tranchant du fragment supérieur, qui débordait l'autre en dedans ; en revanche, il était impossible de constater la moindre saillie le long du bord antérieur. Sous le calcanéum, on reconnut une petite escarre sèche et noire de la grandeur de l'ongle.

Je laissai encore 14 jours le malade dans son lit, pour assurer la consolidation, en lui recommandant toutefois d'imprimer des mouvements au membre. Dès le lendemain de l'ablation de l'appareil, la piqûre avait été recouverte d'une croûte de bonne nature qui tomba d'elle-même sans suppuration. La petite plaie faite par le fragment était depuis longtemps guérie.

Le 4 juillet, l'escarre du talon tombée et la plaie cicatrisée, le malade commença à marcher. Il avait les jointures assez roides ; il y avait même un peu de synovie épanchée dans le genou ; quelques jours d'exercice la firent résorber. Dès le 10 juillet le malade ne se servait plus que d'une béquille. Le 20, il désira quitter l'hôpital ; le genou ne se pliait encore qu'à angle droit. Je l'ai revu trois semaines plus tard, marchant sans bâton, bien que la flexion du genou ne fût pas encore complète ; et de temps à autre, il ressentait un peu d'engourdissement dans la plante du pied. Du reste, ni gonflement ni œdème nulle part, ni près de la fracture, ni près de la pointe, et nulle douleur dans l'un et l'autre point.

Cette observation n'a pas besoin de commentaire ; le fait parle de lui-même et plus haut que ne le feraient toutes réflexions. J'ajouterai seulement que j'ai fait voir l'appareil appliqué et constater l'absence de suppuration, d'abord aux nombreux élèves empressés autour de ce malade, qui était alors le *joyau* de la Clinique, à plusieurs chirurgiens mes collègues dans les hôpitaux et à la Faculté, à tous ceux, en un mot, qui ont bien voulu me faire l'honneur de le visiter.

De quelques modes de guérisons naturelles des hernies, *et particulièrement du rôle du collet du sac dans ces guérisons ; par* **M. Roustan,** *D. M. P.*

La question de la cure radicale des hernies, depuis quelques années, a fortement préoccupé les chirurgiens. D'abord on a recherché ce que pourraient produire les moyens les plus simples, le séjour au lit prolongé, l'application du bandage, les pelotes médicamenteuses ; après quoi, le désir de résultats plus rapides et aussi plus certains a fait recourir à toutes sortes de procédés opératoires, qui ont eu tour à tour leurs jours de triomphe et leur période de discrédit et d'oubli. La plupart de ces procédés sont délaissés aujourd'hui par leurs propres inventeurs ; sans doute parce que leur application était demeurée trop empirique, et que l'on n'avait pas suffisamment étudié les indications et les contre-indications. La chirurgie ne réussit jamais si bien que quand, prenant la nature pour guide, elle l'imite dans ses procédés, elle la seconde sans vouloir lui faire changer ses voies, sans lui demander plus qu'on ne saurait obtenir.

Or, il n'y a guère qu'un quart de siècle que l'on s'est occupé sérieusement de rechercher comment la nature procède à la guérison des hernies. Auparavant, on peut bien rencontrer quelques cas de cures merveilleuses, quelques essais de théorie tentés au hasard ; mais il faut arriver à M. J. Cloquet pour voir enfin l'anatomie pathologique scrupuleusement interrogée sur ce point important, aussi bien que sur beaucoup d'autres. M. J. Cloquet se présentait le premier dans cette voie nouvelle, avec six cents dessins, cinq cents observations, deux cents préparations anatomiques ; véritable travail d'hercule qui fut suivi d'un long repos. Tout récemment enfin, M. Demeaux, dans un intéressant mémoire *sur l'évolution du sac herniaire*, a repris la question à peu près au point où M. J. Cloquet l'avait laissée, et a cherché à déterminer plus nettement le rôle du collet du sac dans l'oblitération du sac herniaire.

M. Demeaux s'appuie sur une soixantaine de dissections, chiffre déjà recommandable sans doute, mais qui demeure bien faible en comparaison des autopsies dues à M. J. Cloquet ; et peut-être les conclusions du nouvel auteur pèchent-elles surtout parce qu'il n'a pas eu à examiner un nombre de faits plus considérable. Je me propose, dans ce travail, d'étudier quelques-uns des modes suivis par la nature pour la guérison des hernies, et de contrôler en passant la théorie trop facilement adoptée par M. Demeaux. Durant deux années passées dans le service chirurgical de Bicêtre, j'avais été spécialement chargé par M. Malgaigne, et sous sa direction, de l'examen des hernieux, de l'application des bandages, et enfin des autopsies; j'ai pu voir ainsi en très peu de temps plus de mille hernies sur le vivant, et faire plus de cinq cents dissections ; et c'est à cette source féconde que j'ai puisé les idées que je vais développer tout à l'heure.

Avant d'entrer en discussion, disons d'abord qu'on entend généralement par *collet*, l'orifice du sac renforcé, épaissi par des cicatrices ou stigmates (1). Pour M. Demeaux, cet épaississement du collet est bien dû quelque peu aux adhérences des plis du péritoine froncé par l'anneau qui livre passage à la hernie ; mais par dessus toutes choses, dans son origine et dans son développement, le collet serait une transformation du tissu cellulaire péritonéal en tissu de nature *dartoïque* et même *musculaire* , et plus tard en tissu fibreux. Voici comment cette transformation s'opère ; dès que le sac herniaire a complétement franchi les anneaux, le tissu cellulaire sous-séreux, au niveau de son orifice, devient le siége d'un *nisus formativus* qui se traduit par une injection périphérique ; plus tard, si les viscères ne tiennent pas cet orifice distendu, le tissu dartoïque qui constitue le collet commence à se montrer là où existent les plis du péritoine. Plus tard encore ce tissu s'épaissit, se resserre, présente la dureté et la résistance du tissu fibreux ; et le resserrement du collet faisant toujours des progrès, aboutit enfin à son oblitération complète.

Je suis entièrement de l'opinion que M. Demeaux quant au point par lequel débute le collet ; quant à l'injection, je ne l'ai jamais vue, et si c'était ici le lieu, je pourrais citer des cas de hernies récentes sur lesquelles je l'ai vainement cherchée. Du reste, cette injection, nécessaire peut-être dans la théorie de l'auteur, ne l'est en aucune façon pour la formation des stigmates. J'ai observé un bien grand nombre de ces derniers, et en les examinant avec soin, j'ai toujours cru pouvoir les attribuer à des adhérences de la séreuse, dont les unes, comme l'a très bien vu M. J. Cloquet, se font comme par dessèchement des surfaces séreuses en contact, les autres à la suite des phlegmasies de cette membrane. M. J. Cloquet a parfaitement éclairci ce point de doctrine ; et je me bornerai, pour l'intelligence des faits, à rapporter deux observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

Obs. Ire. — Le nommé Lecoq, soumis à mon examen le 25 juin 1842, ne présentait alors rien de notable aux aines, soit qu'on le fît tousser ou se baisser. Il n'avait jamais eu non plus de hernies avant cette époque. Du jour de son inspection au jour de son décès, il ne se plaignit d'aucune douleur aux aines, et ne demanda point de bandage. Il mourut le 12 décembre de la même année ; voici le résultat de l'autopsie faite 27 heures après la mort.

Du côté gauche, on voit dans l'anneau crural un infundibulum du péritoine qui pourrait bien loger une noix ; l'orifice en est évasé et plus large que le fond. Injection capillaire uniforme de tout le sac, excepté en dedans, au point où le péritoine se réfléchit du ligament de Gimbernat dans le canal ; on voit là un stigmate unique, d'un blanc mat, formé par la soudure de quelques plis du péritoine ramassés en ce point, et affectant la direction d'une ligne qui, du fond du sac, se porterait vers la symphyse pubienne et la ligne blanche. Ces plis sont fixés par une bride horizontale de deux millimètres de hauteur, au dessous de laquelle ils se terminent ; de telle sorte que cette bride, fixée d'avant en arrière par ses extrémités qui se perdent sur le péritoine, est légèrement soulevée sur ses côtés par ces plis qui se portent au

---

(1) M. J. Cloquet a désigné sous ce nom les cicatrices que l'on observe sur la séreuse des sacs herniaires ; ces stigmates sont de grandeur et d'épaisseur variables, ils ne sont quelquefois dus qu'à un peu de lymphe qui s'est organisée là même où elle a transsudé.

dessous d'elle. Le sac enlevé avec le péritoine de la région iliaque conserve à peu près sa forme, déterminée par le stigmate que j'ai décrit.

Quelle était la structure de ce stigmate? Il est difficile de voir là autre chose qu'une simple adhérence des plis de l'orifice du sac. Cette bride fixée par ses extrémités, et presque libre à la partie moyenne, se portant d'un pli à l'autre à la manière d'un pont, est une marque certaine que la face libre du péritoine a seule été le siége d'un travail pathologique. Maintenant ce travail a-t-il été déterminé par l'inflammation, ou bien serait-ce simplement une adhérence par dessèchement des surfaces séreuses? Tout ce qu'on peut dire à cet égard, c'est que rien, ni pendant la vie, ni sur le cadavre, n'a pu faire supposer une réaction inflammatoire. Quelle que soit du reste la cause qui a présidé à la formation du stigmate, il n'en est pas moins vrai qu'il n'a pris naissance que dans la soudure des plis. Dans l'observation qui va suivre, on trouvera décrite une autre sorte de stigmate dont la cause cette fois bien manifeste était une inflammation.

Obs. II.—Labuglie, âgé de 87 ans, employé de la direction de Bicêtre, entra à l'infirmerie le 15 mars à midi, et mourut à quatre heures, sans avoir pu être examiné ni par le chef ni par les élèves du service. Comme il portait dans le côté gauche du scrotum une hernie volumineuse et dans un état de tension assez prononcé, je fus chargé d'en faire l'autopsie; mais auparavant je voulus connaître les antécédents et voici ce que j'ai appris: Depuis trois mois ce vieillard était affecté d'un rhume, auquel s'étaient joints, quinze jours avant la mort, des coliques et du dévoiement; craignant peut-être de perdre sa place s'il montait à l'infirmerie, ce malheureux cachait son état; on le voyait seulement plus courbé et avec une démarche traînante; enfin, dans les trois derniers jours, les coliques et le dévoiement étaient devenus tellement violents, qu'il ne pouvait plus prendre un instant de repos; et la douleur lui arrachait des gémissements continuels.

Le bandage qu'il portait dans les derniers temps, était double, et le ressort du côté gauche rompu au collet; il l'avait raccommodé avec une lame de fer blanc assujettie par une ficelle pour rétablir la continuité du ressort. Comme on le pense bien, l'élasticité de ce dernier était nulle, et on pouvait, sans beaucoup d'effort, en augmenter ou diminuer la courbure. Le ressort du côté droit était encore en assez bon état.

En méditant sur ces antécédents, j'étais arrivé à cette conviction que le sujet avait succombé à une péritonite du sac, compliquée d'entérite: accidents développés par le rhume d'abord, aggravés ensuite par le mauvais état du bandage, qui ne pouvait plus maintenir sûrement une hernie d'un pareil volume.

Autopsie.—Je passerai brièvement sur quelques détails purement anatomiques, parce qu'ils se rattachent peu au sujet qui nous occupe.

L'anneau inguinal gauche a cinq centimètres de largeur; les enveloppes du sac herniaire sont un peu épaisses, quoique encore assez distinctes; je noterai seulement le développement excessif du crémaster, dont quelques faisceaux n'ont pas moins d'un centimètre de large sur deux millimètres d'épaisseur. L'abdomen ouvert, ce qui frappe au premier aspect ce sont les changements de rapport du tube intestinal: ainsi l'S iliaque du côlon est contournée sur elle-même et placée en haut à côté de l'estomac et du côlon transverse; l'épiploon enfoui dans la masse intestinale; l'intestin grêle pelotonné dans le petit bassin, et d'un rouge d'autant plus foncé qu'on se rapproche davantage de l'orifice du sac herniaire gauche; deux doigts peuvent entrer dans cet orifice qui contient encore l'intestin; on retire ensuite celui-ci, en ayant soin de placer sur lui une ligature pour séparer la portion contenue dans le sac de celle qui se trouve dans l'abdomen.

Les deux orifices du canal présentent encore un peu d'obliquité; elle est due à la résistance de la lame réfléchie du transverse qui n'a pu être repoussée en dedans. Le sac ouvert dans toute sa hauteur, il s'en écoule un peu de sérosité; ses parois sont fortement injectées, rouges, mais cette rougeur dépasse à peine l'orifice. Celui-ci présente en dedans un stigmate très fort, marqué de quelques taches noires: en dehors, en haut et en bas, une fausse membrane récente, adhérente seulement par ses extrémités; je ne saurais dire, pourtant, si elle n'adhérait pas aussi aux intestins, ne l'ayant remarquée qu'après le déplacement de ces derniers, qui la cachaient. Elle résiste à des tractions assez fortes, et laisse après elle la trace de ses adhérences plus marquées aux extrémités. On voit sur les parois du sac une foule de granulations et de taches d'un beau noir, qui en quelques points prennent l'aspect piqueté; au fond

sont deux plaques, larges de deux centimètres et de trois millimètres d'épaisseur; ces plaques sont plus rouges que le reste du sac, et sont couvertes entièrement de granulations. On trouve en outre quelques membranes flottantes, ou fixées par leurs extrémités, ou dans toute leur étendue; la portion du péritoine qui constituait le sac a dix-huit centimètres de hauteur, sur quatorze de large à la partie moyenne et onze trois quarts au collet.

Les anses qui forment la masse intestinale contenue dans le sac, appartiennent à l'intestin grêle; elles sont unies par des fausses membranes récentes. Au dessous de ces dernières, l'intestin apparaît rougeâtre et comme tomenteux; il est distendu par des gaz comme le reste du tube intestinal. Sur une des anses, on trouve un noyau dur, rougeâtre, faisant beaucoup plus de saillie du côté de la séreuse que de la muqueuse; ce noyau ressemble à une ecchymose et a cinq millimètres d'épaisseur: l'intestin ouvert, on n'y trouve que quelques matières muqueuses; la membrane muqueuse est d'un rouge framboisé; cette portion d'intestin était longue de cent vingt-neuf centimètres, et distante du cœcum de vingt-cinq centimètres. Le bout supérieur présente une invagination de trente centimètres qui, après avoir été dévidée, tranche sur le reste des intestins par sa couleur normale. Les autres viscères ne présentent aucune altération notable; seulement le rectum est fortement contracté et sa muqueuse rougeâtre. L'estomac contracté aussi, quoique distendu par des gaz, renferme un liquide trouble, dans lequel nagent quelques flocons blanchâtres.

Cette fausse membrane du côté externe de l'orifice, aurait pu, en s'organisant par la suite, rétrécir le collet du sac, et former un stigmate de la deuxième espèce, dont il est question en ce moment. Je possède plusieurs observations de ces fausses membranes, qui, en se fixant ainsi d'un point de l'orifice à l'autre, en avaient retranché la portion de circonférence qu'elles sous-tendaient. J'en ai même vu d'assez larges pour diviser le sac en deux portions, et faire croire à l'existence d'un sac multiple. Au total, d'après toutes mes observations, les stigmates du collet du sac ne sont donc que des cicatrices résultant d'adhérences de la séreuse; ces adhérences ayant pour cause tantôt une inflammation, tantôt le desséchement des faces séreuses en contact, ou, si l'on veut, une sub-inflammation. Quand elles reconnaissent pour cause une inflammation, elles se font par l'intermédiaire d'une quantité variable de lymphe plastique; mais d'autres fois celle-ci s'organise sur le point même où elle a transsudé, et ne donne lieu qu'à un simple épaississement du péritoine.

On peut voir dès à présent quelles différences capitales séparent la théorie de M. Demeaux de celle que je professe. Pour lui le collet du sac consiste dans une transformation du tissu cellulaire sous-péritonéal; pour moi il est constitué par les adhérences de quelques points du péritoine de l'orifice du sac, ou par l'épanchement de la lymphe plastique; pour lui le rétrécissement du collet est dû à sa nature musculaire; pour moi, à des adhérences successives qui finissent par amener la guérison. Je nie donc d'une manière absolue le rétrécissement spontané du collet; et pour se convaincre du peu de fondement de tout ce qui a été écrit à cet égard, il suffit d'observer ce qui se passe au collet lorsqu'il est devenu épais, arrondi, et formé par un bourrelet circulaire qui ne lui permet plus de s'affaisser par le rapprochement de ses bords. Dans ce cas la guérison par le collet du sac m'a toujours paru impossible; et cette opinion, diamétralement opposée à celle de M. Demeaux, sera suffisamment légitimée entre autres par le fait suivant.

Obs. IIIe.—Pigeonat, âgé de 77 ans, examiné au mois de janvier 1842, ne présentait rien de notable dans les régions inguinales, sauf un peu d'épaississement du cordon du côté droit et de ses enveloppes. Il avait eu autrefois une hernie de ce côté; mais depuis plus de quinze ans elle avait entièrement disparu, et il avait cessé de porter bandage sans avoir jamais vu rien reparaître.

Ces renseignements étaient courts, mais il devinrent précieux lorsque nous pûmes les comparer avec les résultats de l'autopsie, qui fut faite le 28 septembre 1842.

Autopsie.—La peau et le fascia superficialis enlevés, on voit l'anneau, des bords duquel se dégage l'enveloppe la plus extérieure du cordon un peu épaissie. Cette enveloppe incisée, et la section continuée jusque sur l'aponévrose de l'oblique externe, on aperçoit un sac à parois épaisses et d'un blanc jaunâtre occupant tout le canal et l'anneau inguinal. Ce sac n'est pas

très adhérent aux tissus ambiants, excepté à son point d'émergence. Sa cavité est sillonnée par des rides et des plis profonds ; un doigt poussé du côté de son orifice ne peut arriver dans l'abdomen, bien qu'il n'y ait pas d'oblitération, et le doigt se trouve fortement étreint par le collet.—Le sac complétement isolé du canal inguinal, on voit que c'est une hernie directe qui s'est fait jour à travers une éraillure de l'aponévrose réfléchie du muscle transverse, en dedans de l'artère épigastrique.—L'orifice du sac, qui a un centimètre de diamètre, est placé au milieu d'un stigmate saillant duquel partent dans tout son contour une foule de plis.—Les bords de ce collet sont mousses et résistants. Si saisissant d'un côté le péritoine, de l'autre le sac à l'extérieur, on opère des tractions comme pour dégager ce dernier de l'éraillure qui lui livre passage, on remarque de légères adhérences entre le collet et l'éraillure de l'aponévrose. — Le collet est formé par un noyau dur, fibreux, au centre duquel se trouve comme sculpté l'orifice du sac.

Il est bien certain que si, comme l'a avancé M. Demeaux, le collet était doué d'une force contractile, il aurait dû fermer ce sac qui, depuis quinze années était dans le même état. Tout, en effet, concourait à favoriser l'oblitération : le collet était arrivé à son apogée d'organisation, les intestins ne s'engageaient jamais dans cet étroit orifice; c'est ce que disait le sujet, et ce que j'ai pu constater moi-même plus de huit mois avant sa mort, puisque quelque effort que je lui fisse faire, je n'ai jamais pu discerner la moindre saillie vis-à-vis le canal ou les anneaux. Il reste donc bien prouvé pour moi que le collet n'avait pas de tendance à se resserrer.

Mais allons plus loin, et voyons si, dans les cicatrices résultant des guérisons des hernies, la théorie que je combats aurait plus de réalité. Je ne le crois pas, et si M. Demeaux avait suivi l'évolution du sac jusqu'à cette période, peut-être ses conclusions eussent-elles été toutes différentes.

Il est extrêmement rare, en effet, de trouver de ces cicatrices sans deux ou plusieurs petites lacunes, qui se prolongent plus ou moins dans le noyau fibreux résultant de l'oblitération du collet du sac ou du sac lui-même. On trouve aussi au milieu de ce tissu des cellules séreuses, isolées ou communiquant entre elles, et dont la présence s'explique très bien par une agglutination incomplète des parois du sac, mais dont on ne saurait rendre compte avec la théorie du rétrécissement spontané. D'après ce que j'ai observé, ces cicatrices résultant de l'adhérence plus ou moins rapide des lèvres de l'orifice, présentent des traits et des formes que l'on pourrait déterminer d'avance, l'aspect de l'orifice du sac étant connu, et que l'on peut reproduire jusqu'à un certain point par une expérience bien simple. En effet, les orifices des sacs herniaires étant de forme très variable (il en est d'ovalaires, de triangulaires, etc.), si l'on comprime par l'extérieur le col du sac de manière que sa face antérieure vienne s'appliquer contre le bord inférieur et interne de l'orifice, il se dessinera à sa place, s'il est ovalaire, une ligne plus ou moins courbe, et, s'il est triangulaire, deux lignes qui se rencontreront à angles divers dont le sommet sera dirigé en bas et en dehors. Ces deux formes sont celles que l'on rencontre le plus souvent : on les retrouvera dans les deux observations suivantes.

Obs. IV.—Pour le premier de ces deux cas, je ne pus avoir aucun antécédent. C'était un fou à l'autopsie duquel j'assistais ; je remarquai la cicatrice du péritoine, et, sur la seule inspection de cette cicatrice, je pensai qu'elle devait résulter de la guérison d'une hernie. Elle était linéaire, d'un centimètre et demi de longueur, et oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Je procédai à la dissection de l'aine du côté correspondant, et je trouvai la tunique vaginale descendant moins bas que celle du côté opposé; mais elle se prolongeait aussi jusque dans le canal inguinal. Ce devait donc être une hernie congéniale qui avait existé de ce côté-là. En tirant sur la tunique vaginale on faisait mouvoir la cicatrice du péritoine ; mais comme il restait encore au moins un centimètre de distance entre elles, j'enlevai minutieusement tout ce qui cachait la partie au moyen de laquelle la tunique vaginale se rattachait à la cicatrice. Je pus alors reconnaître parfaitement que cette partie n'était autre que le goulot de la tunique vaginale, oblitéré, mais creusé encore de plusieurs lacunes dont une très grande mesurait l'espace de séparation du stigmate à la séreuse du testicule. Cette petite cavité, arrondie du côté de la tunique vaginale, présentait en haut une forme allongée dont la direction était la

même que celle de la cicatrice péritonéale. Il ne restait plus dès lors le moindre doute que cette cicatrice ne résultât de l'occlusion de la tunique vaginale.

Ne connaissant pas les antécédents de ce sujet, je ne saurais affirmer si la guérison a été opérée par le bandage ou un autre agent; mais on ne peut méconnaître qu'elle s'est faite par adhérence des parois du col du sac.

Obs. V.—Le 1er avril 1842, j'eus à examiner le nommé Thirion, porteur de deux hernies inguinales; mais je laisserai de côté tout ce qui regarde la hernie du côté droit. La gauche datait d'environ 16 ans, elle était survenue sans cause connue. Depuis 11 ans le sujet portait un bandage double, et s'il essayait de le quitter pour faire une course ou se livrer à quelque travail pénible, la douleur qu'il ressentait dans les deux hernies le forçait bien vite à le remettre. La hernie gauche avait été très considérable; elle était réduite actuellement au volume d'un petit œuf, et apparaissait à peine à l'anneau externe.

Six mois après cet examen, Thirion fut transporté dans le service de M. Horteloup pour une encéphalite chronique, à laquelle il succomba le 28 octobre 1842.

Autopsie.—On trouve sur le péritoine, vis-à-vis l'anneau abdominal, un stigmate formé de deux branches qui se rencontrent à angle droit. Cet angle est dirigé en bas et en dedans; à son sommet on voit deux petites lacunes, dont l'une, capable de loger une lentille, est tapissée de ce beau noir qu'on observe si souvent sur les sacs herniaires anciens. Plusieurs plis viennent se perdre dans cette cicatrice, et quelques-uns en partent sous forme de rayons blanchâtres. Le canal inguinal ouvert, on trouve au devant du cordon, mais dans une gaîne distincte, un petit sac herniaire revenu sur lui-même, dont la cavité est encore en partie libre d'adhérences. Les parois de ce petit sac sont épaisses et jaunes; il a 3 centimètres de longueur, et ne communique plus avec le péritoine. Le tissu qui rattache ce petit sac à la cicatrice péritonéale est un noyau fibreux, dans l'épaisseur duquel sont encore quelques lacunes de grandeur variable, dont les unes communiquent entre elles et les autres sont isolées.

L'aspect de la cicatrice de cette hernie, les lacunes existant dans son épaisseur, et l'usage du bandage, laissent peu de doute, ce me semble, sur le mécanisme de cette guérison qui a eu lieu à l'orifice du sac. Je ne saurais assez insister sur ce point, que si la guérison se faisait au collet par une coarctation insensible, il devrait en résulter une cicatrice arrondie, au lieu de stigmates à plusieurs branches; et l'on ne devrait pas observer, non plus, de ces lacunes que j'ai signalées et qui sont si communes cependant dans les cicatrices herniaires. Les deux faits précédents viennent donc encore à l'appui de cette opinion que les stigmates ou le collet sont le résultat d'adhérences.

(*La fin au prochain numéro.*)

Mémoire sur les luxations causées par le relâchement et l'allongement des ligaments; *par le docteur* **Putégnat** (de Lunéville) (1).

En composant ce travail, mon but est d'appeler l'attention des chirurgiens sur un point de pathologie négligé et peu connu. Si l'on consulte les ouvrages les plus famés qui traitent des luxations, l'on sera tout surpris de voir que l'on ne s'est encore occupé que bien superficiellement des luxations qui reconnaissent pour cause le *relâchement des ligaments.*

Je ne parlerai point du relâchement ligamenteux, conséquence de l'affection articulaire désignée sous le nom de tumeur blanche, parce que les luxations spontanées ou

---

(1) Ce travail a été adressé par l'auteur à la *Société des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles, qui l'a inséré dans son journal. Nous avons jugé utile de le reproduire, non pas que nous soyons toujours d'accord avec M. Putégnat sur l'interprétation des faits; mais à cause du grand nombre d'observations nouvelles et intéressantes sur un sujet en réalité fort peu étudié jusqu'à présent.

consécutives sont bien connues ; je m'occuperai spécialement du *relâchement congénital et de celui qui se montre accidentellement.*

Ce travail, devant être essentiellement pratique, renfermera toutes les observations que je connais et dont plusieurs sont fort intéressantes.

1° *Luxation du maxillaire inférieur.*

J.-L. Petit, dans son excellent *Traité des maladies des os*, nous dit : « On voit quelques personnes à qui l'articulation de la mâchoire est si lâche, qu'elle se luxe très facilement en bâillant. » Tous les praticiens reconnaissent aussi que cette luxation récidive fréquemment.

Obs. I.—J'ai vu à la clinique de Dupuytren, un jeune homme de 25 à 30 ans, qui en était à la troisième luxation du même condyle du maxillaire inférieur (voir aussi la 13e observation). Evidemment, chez cet individu, il existait un relâchement des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire.

2° *Luxation de la clavicule.*

Obs. II.—Un de mes confrères recherchant quelle pouvait être la cause de la faiblesse des membres thoraciques chez mademoiselle M., âgée de 17 ans, rencontra l'extrémité sternale de chaque clavicule luxée en avant. Alors, cette demoiselle fit voir qu'elle produisait à volonté cette double luxation, et avoua même qu'elle en faisait son *amusement*. En rappelant ses souvenirs, elle dit à M. le docteur Benoist que c'était à la suite d'une violente chute sur les mains qu'était apparue pour la première fois cette double luxation.

Evidemment ces faciles luxations reconnaissaient pour cause le grand relâchement des ligaments qui font partie de chaque articulation sterno-claviculaire ; et, en dernier lieu, probablement aussi l'usure du bord antérieur du cartilage qui encroûte la facette sigmoïde du sternum, dans laquelle vient s'emboîter l'extrémité sternale de la clavicule.

Les auteurs anciens et modernes citent bien quelques cas de luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule, et donnent même l'explication de cet accident ; mais ils ne rapportent aucune observation de la double luxation en avant, et à plus forte raison de la double luxation volontaire.

Boyer dit avec justesse que la luxation de l'extrémité sternale de la clavicule est plus facile chez les jeunes sujets. En effet, je l'ai rencontrée sur une petite fille de 11 ans ; et l'on a vu que le sujet de l'observation précédente avait 17 ans.

3° *Luxations de l'humérus.*

Obs. III.—Dans le courant du mois de janvier 1841, j'ai été appelé dans un café de Lunéville, par un homme, âgé de 32 ans, qui venait de se luxer l'humérus droit, en jouant avec ses amis. A mon arrivée, la luxation était déjà réduite et le blessé ne souffrait plus. Un seul individu, étranger à la médecine, avait suffi pour remettre à sa place la tête de l'humérus ; le blessé me dit alors qu'un chirurgien lui avait déjà réduit six fois cette luxation.

Je ne sache pas que l'on rencontre dans les auteurs beaucoup de faits semblables à celui que je viens de rapporter, et qui offre de l'intérêt sous trois points de vue : 1° le grand nombre de fois que la luxation s'était déjà opérée ; 2° la facilité extraordinaire avec laquelle celle-ci s'opérait ; 3° l'extrême facilité avec laquelle on pouvait la réduire. Dans cette observation, la laxité des ligaments me paraît de toute évidence.

Obs. IV.—Dans le mois de novembre 1840, pendant qu'un de mes confrères siégeait comme juré, l'un de ses clients, qui est employé comme homme de peine par les bouchers de Lunéville, eut recours à moi. Cet individu, âgé de 37 ans, portait une luxation de l'humérus gauche, reconnaissant pour cause le choc produit par la chute d'un

quartier de bœuf. Ce malheureux en était alors à la cinquième luxation du même humérus.

Remarquons combien, dans ce cas, la laxité devait être grande, puisque cette cinquième luxation s'était opérée malgré la résistance des muscles ; résistance qui était tellement forte que, pour parvenir à opérer la réduction, il m'a fallu, après avoir affaibli le malade par une saignée d'un kilogramme, employer la force de onze hommes. Cette résistance musculaire, extraordinaire pour le blessé, habitué à ne voir que deux individus employés à la réduction de chacune des quatre luxations antécédentes, ne m'étonna point, parce que cet homme, avant de se présenter chez moi, avait bu une assez forte quantité d'eau-de-vie, dans l'intention de se *donner des forces pour supporter l'opération*.

Obs. V.—Le 29 novembre 1841, à huit heures du soir, j'ai réduit une luxation scapulo-humérale droite, au sieur Voisin, boucher à Lunéville, lequel m'a affirmé, en présence de nombreux témoins, que c'était au moins la quarantième fois que cet accident lui arrivait dans l'intervalle de moins de deux années, et que deux hommes suffisaient pour remettre l'os à sa place. Ce jour, j'ai employé huit hommes robustes pour réduire la luxation ; l'énergie musculaire étant augmentée par les boissons alcooliques que Voisin avait prises avant son accident, qui lui était arrivé en levant brusquement le bras pour donner un coup de poing.

J'engage le lecteur à lire l'observation que M. Fizeau a publiée dans le tome X du *Journal* de Boyer, Leroux et Corvisart, page 386.

Il me semble impossible de nier la laxité des ligaments dans ces luxations humérales, que l'on fera bien de rapprocher de celles que je citerai encore en parlant de l'étiologie.

4° *Luxation de la tête du radius.*

La luxation en arrière de la tête du radius est un accident assez commun chez les adultes et très fréquent chez les enfants. Boyer l'attribue au *tiraillement des ligaments*, joint à la pronation forcée. Tout praticien sait aussi que ce déplacement de la tête du radius, chez quelques individus, se reproduit avec une telle facilité qu'il finit par être permanent par suite *du relâchement successif des ligaments*, comme nous le dit le professeur cité.

5° *Luxation du grand os du carpe.*

Bien que cette luxation soit assez rare, cependant j'ai pu l'observer deux fois.

Obs. VI. — Une personne qui me l'a présentée la produisait et la réduisait à volonté. Elle se luxait en arrière le grand os, en fléchissant fortement la main ; et elle le faisait rentrer dans sa cavité formée par les os scaphoïde et semi-lunaire, en exerçant une légère pression sur lui, en même temps qu'elle redressait graduellement la main. Le sujet de cette observation est une *jeune demoiselle blonde*, et l'on sait que Boyer a dit : « j'ai observé que cette luxation est plus commune chez la femme que chez l'homme ; sans doute, parce que, dans la femme, les ligaments sont en général *moins forts et moins serrés.* »

6° *Luxation de la première phalange du pouce.*

Cette luxation, aujourd'hui connue de tout praticien, était ignorée de Duverney, de J.-L. Petit. « Nous avons eu l'occasion, dit Boyer, d'examiner le pouce de plusieurs personnes qui se trouvaient dans ce cas, et il nous serait difficile de dire si cette disposition de la première phalange à se luxer en arrière, tenait au *relâchement des ligaments*, ou à une conformation toute particulière des surfaces articulaires. » L'observation suivante démontrera le rôle que joue le relâchement des ligaments dans cette luxation.

Obs. VII. — Une jeune fille, âgée de 21 ans, accompagnée de son père, riche propriétaire, demeurant dans une commune voisine de Lunéville, vient me consulter pour deux chapelets de glandes énormément engorgées qu'elle porte sur le cou.

Pendant que je l'examine, le hasard veut que je remarque que cette jeune fille, un peu intimidée, se luxe en arrière maintes et maintes fois la première phalange du pouce droit. Aussitôt j'examine attentivement l'articulation, je ne rencontre rien de vicieux dans la conformation des parties osseuses, mais un notable relâchement des ligaments. J'ai dit que cette jeune villageoise était scrofuleuse, chose que l'on ne doit point oublier.

7° *Luxation ou diduction des os du bassin.*

Dans certaines grossesses et dans quelques accouchements, l'écartement des os du bassin peut se présenter. Cette espèce de luxation, admise par Pineau, par Guillemeau, par Fabrice de Hilden, par Harvey, par Smellie, etc.; rejetée par Dulaurens, par Dionis, Palfyn, Rœderer, et avant tous par A. Paré, qui plus tard fit loyalement l'aveu de son erreur ; cette sorte de luxation, dis-je, n'est plus contestée aujourd'hui. Ainsi Hunter, Morgagni et tous les accoucheurs modernes reconnaissent la possibilité de cet écartement, déjà admis par Hippocrate qui nous dit : « Les douleurs se font sentir dans tout le corps, surtout aux lombes, et à l'ischium qui se sépare (*Traité de la nature de l'enfant*, livre I, chapitre X). »

Obs. VIII.—En 1835, la femme d'un fabricant de parapluies, demeurant à Lunéville, descendit brusquement de son lit, et fit quelques pas dans sa chambre, quatre jours après avoir mis au monde deux jumeaux. Le lendemain de cette imprudence, elle accusa une douleur dans les symphyses pubienne et sacro-iliaque, augmentant au moindre mouvement qu'exécutaient les membres abdominaux. Quelques mois plus tard elle alla à Nancy consulter le docteur Bonfils, qui lui conseilla une nouvelle grossesse. Celle-ci eut lieu, la parturition fut facile; mais la dame Bé ne fut point guérie. A cette époque où je fus demandé, le mouvement des os du bassin était sensible à la main ; quand la malade marchait, ou montait et descendait un escalier, l'os coxal correspondant au membre abdominal sur lequel le tronc était porté, remontait sensiblement. Cette femme boîtait donc fortement, et le balancement de son corps était semblable à celui que présente le corps d'un enfant dont les membres pelviens sont arqués à concavité interne. De nombreuses ventouses scarifiées, des grands bains tièdes, une serviette serrée autour du bassin, le repos absolu, puis des frictions toniques, amenèrent une guérison radicale. Je dis radicale ; car, trois ans plus tard, je délivrai cette dame avec le forceps, et la diduction ne reparut point.

Obs. IX.—Pendant que je donnais des soins à madame Bé, j'ai traité une autre femme de sa connaissance. Le traitement conseillé fut le même que j'ai fait connaître; mais je ne sais s'il a réussi, car la malade a quitté Lunéville.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, l'écartement des os du bassin n'a point été l'effet de la déchirure des ligaments, puisqu'il avait lieu, dans le dernier, déjà pendant la gestation ; on ne peut en accuser que le relâchement des ligaments. Je ne pense pas qu'il existât une tumeur blanche des articulations, comme le veut Boyer, donnant à l'appui de son opinion une observation publiée par Lhéritier dans le *Journal de Fourcroy*. D'ailleurs, les observations de Bassius (*Obs. anat. chirurg. medic.*; decad. 1, obs. III), de Kayserliz, de Deventer, prouvent évidemment qu'il ne faut pas toujours croire en pareils cas à une tumeur blanche.

Voici les symptômes que j'ai rencontrés dans les observations précédentes, et qui me font dire qu'il y avait relâchement: douleur fixe à la région de chaque symphyse, augmentant par la station sur les pieds, par la marche, et surtout pendant l'action de monter et de descendre un escalier ; raccourcissement et allongement successifs des membres pelviens, chaque trochanter conservant exactement son rapport avec la crête iliaque correspondante ; membres abdominaux non infiltrés : nouvelle preuve de l'absence de tumeur blanche.

8° *Luxations de la rotule.*

Je vais rapporter deux observations très curieuses.

Obs. X.—Une jeune personne, assise devant une table, ayant les membres abdominaux étendus et appuyés, se luxa involontairement une rotule en faisant exécuter un mouvement au membre pelvien correspondant. Jusqu'ici rien d'extraordinaire, puisque tout praticien peut observer pareil accident, et qu'il était déjà arrivé à cette demoiselle au milieu d'une soirée ; mais ce qui est très rare, c'est que la rotule, luxée complétement en dedans, était renversée de telle sorte que sa surface articulaire était devenue antérieure.

Pour comprendre cet accident, il faut nécessairement admettre que le ligament rotulien et les muscles extenseurs de la jambe étaient dans le relâchement au moment de l'accident. Effectivement il en était ainsi, puisque la jambe était soutenue dans l'extension. Mais chaque jour on voit des individus qui, bien qu'ayant les membres abdominaux dans cette position, n'ont pas cependant de luxation rotulienne. Il suit de là qu'il faut admettre chez cette jeune fille une certaine prédisposition, je veux dire un relâchement constant des ligaments de la rotule, relâchement qui s'était déjà manifesté par une luxation antérieure, et qui avait pour cause prédisposante la constitution scrofuleuse.

Je dois faire remarquer en passant que cette observation de luxation spontanée complète en dedans de la rotule, avec un renversement de cet os, est la seule que l'on rencontre dans les annales de la science avec celle que je vais donner. L'on sait même que la simple luxation complète en dedans, admise d'abord par A. Paré, ensuite par Petit, Monteggia, B. Bell, Callisen et Latta, est excessivement rare, malgré l'avis de ces grands observateurs. En effet, M. Malgaigne, dans son *Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxation de la rotule,* n'en cite qu'une observation trouvée dans le *Musæum anatomicum* de Walther.

Voici une seconde observation que je regarde comme unique. Je dis unique, car Heister qui parle d'un homme qui se luxait à volonté la rotule et la replaçait de même, ne dit rien de l'espèce de luxation ; car la jeune fille dont parle A. Cooper ne pouvait se luxer la rotule en dehors; car je ne connais dans la science qu'une seule observation de luxation complète en dehors par l'action musculaire, je veux dire celle de M. Chrétien, insérée à la page 214 du *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires;* car enfin je n'ai trouvé dans aucun ouvrage ancien ou moderne , et même dans celui de Monteggia, le plus complet qui existe sur les luxations rotuliennes, ni dans aucun Journal et Mémoire, une observation de luxation complète en dehors avec renversement, se reproduisant à la volonté du sujet dont les membres abdominaux ne sont déviés ni en dedans ni en dehors, et qui jouit en même temps de la faculté de pouvoir à volonté produire la luxation complète en dedans.

Obs. XI.—Le 23 août 1841, la femme d'un marchand de vin de Lunéville amena dans mon cabinet une jeune fille, âgé de 13 ans et demi. Il s'agissait alors de remédier à des chutes fréquentes et subites auxquelles était exposée cette jeune personne que, quelques années auparavant, j'avais guérie d'une méningo-encéphalite. Ne trouvant aucune raison nerveuse qui pût m'expliquer ces chutes, je procédai à l'examen des membres abdominaux. La mère me voyant examiner attentivement la conformation des genoux, me fit comprendre que quelquefois les deux rotules étaient luxées, et toujours une au moins au moment de la chute. Voici quels autres renseignements j'obtins alors : il y a cinq ans, cette jeune fille, droite sur une chaise, se laissa tomber sur le plancher, les deux genoux recevant le choc principal ; et depuis cette époque les deux rotules se luxent. Ces luxations sont tellement faciles que cette jeune personne s'amuse à les produire et à les réduire souvent plus de cent fois dans une heure. Les luxations internes sont si complètes que, les membres abdominaux rapprochés, les faces antérieures des

rotules se trouvent parallèles et s'appliquent exactement l'une sur l'autre. Je dois ajouter que la rotule droite se luxe plus facilement en dehors ; que la gauche se luxe plus aisément en dedans, et que toutes deux se renversent dans le sens indiqué. Les genoux sont très saillants ; et la seule contraction des extenseurs des jambes ne peut étendre complétement celles-ci.

Chez cette personne, il existait évidemment un allongement des extenseurs des jambes et des ligaments rotuliens, et même un très grand allongement, surtout si l'on réfléchit à ce qu'a écrit M. Malgaigne, que les luxations spontanées de la rotule, ou celles qui se font habituellement et sans effort pour ainsi dire, *sont dues uniquement à l'allongement anormal des ligaments*. Je sais que, selon plusieurs auteurs, la simple et ordinaire luxation spontanée de la rotule est due à une conformation particulière de l'articulation ; que la luxation en dehors ne peut avoir lieu que sur des sujets cagneux (J. Guérin, et *Gazette médicale de Londres*, 9 février 1833) ; mais dans l'observation précédente, les genoux du sujet n'étaient point cagneux ; et il n'y avait point absence des bords articulaires du fémur, comme Sanson présumait que cela avait toujours lieu en pareil cas.

Chez ce sujet, le relâchement était tellement grand que les jambes étaient continuellement un peu fléchies, et que les membres pelviens, étant placés et appuyés horizontalement, je pouvais facilement soulever les rotules et même beaucoup les écarter des surfaces articulaires.

Maintenant, on le voit, j'ai eu raison de dire que cette observation n'avait pas de sœur dans les annales de la science.

9° *Luxation du péroné.*

A. Cooper pense que les luxations de la tête du péroné sont souvent produites par le *relâchement des ligaments* qui l'unissent au tibia.

10° *Luxation tibio-tarsienne.*

Il n'est point de praticien qui ne sache que l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne est une cause puissante et prédisposante d'entorses subséquentes de la même articulation, surtout chez les sujets scrofuleux. Il est bien entendu que je parle seulement de ces luxations dans lesquelles les ligaments sont tiraillés ; car je ne m'occupe point dans ce mémoire des luxations qui reconnaissent pour causes les ruptures tendineuses et les tumeurs blanches.

Obs. XII. — J'ai soigné, il y a deux ans, un homme de 40 ans environ, qui en était à la sixième entorse du même pied. Cet individu portait de nombreuses cicatrices scrofuleuses.

Écoutons encore Boyer : « Par rapport à l'articulation du pied, dit ce chirurgien, nous observons qu'il est des cas où la prédisposition à la diathèse scrofuleuse en est une aussi à l'entorse ; ce sont ceux où les extrémités articulaires des os longs ayant été gonflés en bas âge, les ligaments ont souffert un *allongement*, un *relâchement notable*. »

Ici se termine la première partie de ce travail, essentiellement pratique. Maintenant, à l'aide des observations que je viens de citer, et d'autres que je rapporterai, j'essayerai de donner ce qu'on n'a point encore fait, l'histoire générale des luxations causées par le relâchement et l'allongement des ligaments.

Étiologie.—Guy de Chauliac, Petit, Duverney et A. Cooper admettent la *paralysie* comme une cause du relâchement des ligaments. Voici ce que dit Petit : « Dans la paralysie, quoique les ligaments aient leur élasticité naturelle, il arrive des luxations, parce que la pesanteur du membre agissant continuellement sur les ligaments, ils perdent bientôt nécessairement leur ressort. »

A. Cooper cite un jeune officier de marine dont les luxations humérales fréquentes et faciles à réduire reconnaissaient cette cause. Ce chirurgien parle encore d'un jeune

homme qui, paralysé d'un côté par suite de la dentition, jouissait de la faculté de projeter la tête de l'humérus au dessus du bord postérieur de la cavité glénoïde.

Le *très grand tiraillement des ligaments* est une cause puissante de leur allongement.

Obs. XIII.—Le 8 mars 1843, après avoir réduit une luxation complète du maxillaire inférieur à la dame Martin, demeurant près de l'octroi du faubourg dit de Nancy, à Lunéville, voici ce que j'appris. Il y a huit ans, me dit cette femme, un officier de santé me causa cet accident pour la première fois, en m'arrachant une dent. Depuis lors il m'arrive au moins une fois par semaine, et je parviens chaque fois, moi seule, à remettre l'os à sa place. Aujourd'hui je n'ai pu réduire cette luxation, c'est pourquoi je vous ai fait appeler.

L'exercice forcé produit le même résultat que le *grand tiraillement.*

A. Cooper parle d'une jeune fille atteinte de luxations fréquentes de la rotule, et qui attribuait la faiblesse dont elle était atteinte aux efforts qu'elle avait faits dans la danse.

L'accouchement, ainsi que *l'exercice forcé*, peut aussi produire la distension de certains ligaments. Comme preuve de ce que j'avance, je renvoie à la 8e observation de ce mémoire.

Quelquefois une cause produisant les mêmes effets que ceux de la *paralysie*, du *grand tiraillement*, de *l'exercice forcé*, peut se rencontrer : je veux dire le *développement extraordinaire des muscles.*

Le docteur de Lamarre, traducteur de la *Pathologie chirurgicale* de S. Cooper, rapporte le fait suivant: un homme d'une force prodigieuse se luxa un jour l'humérus en faisant un mouvement étendu et sans doute violent. Depuis ce temps, cette luxation se reproduisait toutes les fois qu'il faisait un mouvement étendu et assez fort avec ce membre. Du reste, ajoute ce chirurgien, la réduction était aussi aisée à effectuer que la luxation l'était à se produire: cet homme avait fini par la pratiquer lui-même (voir aussi la 5e observation).

Hippocrate dit que, en général, les membres *maigres* et *décharnés* sont exposés à la luxation spontanée.

Tous les auteurs reconnaissent l'influence du *vice scrofuleux*, qui produit, dans certains cas, le gonflement des extrémités articulaires des os longs et le relâchement des ligaments. A l'appui de cette assertion, je cite les observations 7e, 10e 12e, et enfin celle de M. Chrétien.

Ce que je viens de dire du *vice scrofuleux*, s'applique au *rachitisme.*

L'on rencontre des individus qui, sans être ni scrofuleux ni rachitiques, ont cepenpendant les chairs et les tendons très abreuvés de sérosité. Ces personnes sont étiolées, par suite d'une alimentation insuffisante, d'un séjour prolongé dans un lieu humide, non aéré, et privé des rayons du soleil. Chez ces individus, dit J.-L. Petit, on ne doit point s'étonner que les os se luxent, quoique les muscles ne soient point paralysés; parce que ceux-ci ne sont pas toujours en contraction et que la pesanteur du membre agit toujours. Hippocrate a écrit: là où *la mucosité abonde* sans inflammation, les luxations sont plus faciles. Cet observateur a encore dit : on voit bien des gens d'un *tempérament humide*, en qui les articulations sont si lâches, qu'ils se disloquent les membres à volonté et les remettent en place sans douleur (*Traité des articles*). A l'appui de ce que je viens de dire, je puis citer les observations 8e et 9e. En effet, tous les accoucheurs enseignent que, pendant la grossesse, les ligaments articulaires du bassin sont plus imbibés de sérosité qu'à une autre époque.

Ainsi *le tempérament humide* et *la grossesse* sont des causes de la luxation produite par le relâchement des ligaments.

Vices de conformation osseuse. La jeune fille qui fait le sujet de la 10e observation avait les genoux cagneux, et la jeune Durand (voir la 11e observation) portait des condyles fémoraux un peu écrasés.

J.-L. Petit admet *l'abondance de synovie* comme cause de l'allongement des ligaments.

S. Cooper nous dit que les *collections de liquide* dans le genou, en causant un allongement des ligaments de la rotule, disposent à la luxation de cet os (*Pathol. chirurg.*).

Lorsqu'un os a été une fois luxé, la production d'une luxation subséquente s'effectuera plus aisément que la première fois. En effet, qui ne sait que quelques individus ne peuvent rire ou bâiller sans s'exposer à une récidive de la luxation du maxillaire inférieur (voir la 13e observation). Ainsi, *une première luxation, surtout chez certains individus, peut être cause de l'allongement des ligaments.*

En terminant cet article, je dois citer, comme *causes prédisposantes naturelles: le petit nombre des ligaments; l'action des muscles dans certaines positions des articulations; la grande latitude des mouvements que permet une articulation;* enfin *la longueur du levier représentée par la longueur des os cylindriques.*

Je ne parlerai point de l'inflammation des os, des cartilages, de la membrane et des glandes synoviales, etc., comme cause du relâchement des ligaments; attendu que, et je l'ai déjà dit, je n'ai point pour objet de traiter, dans ce travail, des luxations dites spontanées, ou qui reconnaissent pour cause cette affection complexe connue sous le nom de tumeur blanche.

Symptômes.—Réduction et déplacement faciles de l'os; parce que les ligaments et les muscles ayant perdu leur ressort ne peuvent s'opposer à la réduction, ni retenir la partie que l'on a réduite (J.-L. Petit). *Douleur légère ou nulle* (Petit). Le membre *s'accourcit* et *souffre toutes les mauvaises conformations* que la contraction des muscles cause dans les autres articulations (Petit). Les muscles sont *atrophiés* quand il y a paralysie, comme dans l'observation d'A. Cooper. Chez certains malades les muscles sont très puissants, le fait du docteur Delamarre en offre un exemple. Quelquefois les membres sont *maigres, décharnés* (Hippocrate); chez d'autres individus ils sont plus ou moins déviés (J. Guérin); chez d'autres il y a dépression des apophyses articulaires (Sanson; voir aussi l'observation 11e).

Diagnostic. — Le diagnostic est facile quand on rencontre les symptômes que je viens d'énumérer, sur un sujet exposé à l'une ou à plusieurs des causes que j'ai fait connaître.

Pronostic.—La gravité est en raison directe de la facilité avec laquelle s'opère la luxation, du nombre de fois que celle-ci a déjà eu lieu; elle dépend aussi beaucoup de l'articulation considérée sous les points de vue de sa complication et de son importance. En général, le pronostic est grave quand il y a paralysie, déviation des membres, hypertrophie ou atrophie musculaire, viciation des surfaces articulaires, et quand il subsiste une cause prédisposante générale.

Traitement.—Mon but n'est point de dire les moyens de réduction; mais seulement d'indiquer le traitement auquel il faut avoir recours pour guérir le relâchement des ligaments et pour s'opposer à ses conséquences.

Et d'abord, la luxation réduite et maintenue à l'aide d'un bandage approprié et plus solide que pour toute autre luxation, comme le dit J.-L. Petit, l'articulation doit être placée de telle sorte que les ligaments soient dans le plus grand relâchement possible, et que, par conséquent, ils ne soient pas tiraillés par le poids du membre.

Hippocrate recommande les frictions (*nam et justo laxiorem articulum frictio vincire potest*). Elles seront spiritueuses, toniques; ainsi, la décoction de sauge, l'eau de Goulard, l'eau-de-vie camphrée, l'hydrochlorate d'ammoniaque dissous dans l'eau, la teinture de quinquina, le baume de Fioravanti, pourront être employés avec succès. Les vésicatoires volants sont recommandés par Duverney et A. Cooper. Duverney dit encore que rien n'est plus efficace que l'usage des bains, des boues, des eaux minérales : ainsi, les eaux de Bourbonne, les boues de Saint-Amand.

Il est bien entendu que le malade ne doit se livrer à aucun exercice fatigant et qu'il évitera l'humidité. Le chirurgien aura recours à certains moyens orthopédiques pour remédier à la direction vicieuse des membres, et conseillera les meilleurs moyens thérapeutiques et hygiéniques contre le rachitisme et la constitution scrofuleuse.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

SUR LES GUÉRISONS ORTHOPÉDIQUES DE M. GUÉRIN.

Après avoir tant de fois déclaré qu'il ne répondrait point, M. Guérin a compris cependant que le sentiment public ne s'accommodait point de ce silence absolu, et il s'est décidé à le rompre. D'abord il a adressé une lettre assez longue à la *Gazette des hôpitaux* qui avait analysé notre article; et il a reproduit cette même lettre dans sa *Gazette médicale.* Puis, comme nous avions fait une réplique à sa lettre, il a répliqué de rechef. Puis il a écrit au Conseil des hôpitaux pour demander une commission chargée de s'enquérir des résultats par lui annoncés, et de suivre son service pendant un certain temps, afin de lui décerner une *éclatante réparation.* Puis enfin il a bien voulu nous adresser une longue paraphrase de sa lettre à la *Gazette des hôpitaux,* en 19 pages in-4°, se rendant d'ailleurs à lui-même cette justice, *qu'il est loin d'avoir usé du bénéfice de la loi, qui accorde à la défense le double d'étendue de l'attaque.* C'est un système d'une invention assez heureuse, et qui empêcherait à l'avenir toute discussion scientifique un peu étendue sur les œuvres de M. Guérin: car un article de 10 pages se prêtant ainsi à 20 pages de réponse, le journal tout entier s'y absorberait. Le malheur est que nous ne sommes nullement disposé à nous y prêter. Quand M. Guérin voudra nous adresser une réponse scientifique, nous lui laisserons volontiers tout l'espace nécessaire, et comme il le disait lui-même dans une occasion que nous lui avons déjà rappelée: « *On insérera quand il voudra six colonnes de réclamations, pourvu qu'il s'abstienne de personnalités exprimées en mauvais termes. Nous n'avons pas accoutumé nos lecteurs à ce langage.* »

Toutefois, comme il importe que le public soit édifié sur tous les points, nous allons exactement reproduire toutes les parties de sa réponse; nos réflexions viendront après:

1° M. Guérin remonte à notre premier article, puis à la réponse qu'il y a faite (voir notre dernier numéro), et dans laquelle il nous demandait la preuve de nos imputations. C'est, dit-il, parce que ces preuves nous manquaient que nous nous sommes mis en campagne. Le seul fait précisé n'appartenait pas à la consultation. Il insiste sur cette circonstance, *que nous n'avions aucune espèce de preuves par devers nous lorsque nous l'avons accusé;* et notre seul but en reprenant la plume n'a été que de *justifier à tout prix une accusation qui avait tous les caractères d'une calomnie.*

2° En conséquence, *notre caractère étant celui d'un homme qui ne cherche pas la vérité, mais qui veut trouver des revers graves à tout prix,* M. Guérin a dû nous refuser la communication de ses observations et de ses tableaux; et ce ne sont pas là des prétextes derrière lesquels il chercherait à s'abriter; car il a fait nommer lui-même une commission par le Conseil des hôpitaux, *et il mettra cette commission à même de voir que sur aucun point ni ses collaborateurs ni lui ne se sont trop avancés.*

3° M. Guérin soutient que le relevé a été fait d'après des observations qu'il possède, et que le nombre des malades est en effet de 134, et non de 131 comme nous l'avions dit.

4° En nous adressant aux pancartes pour avoir quelques lumières sur les guérisons, nous avons été *victime de la plus lourde, de la plus grosse mystification.* Jamais M. Guérin n'a écrit sur les pancartes le résultat du traitement; il l'affirme sur l'honneur; et l'on trouve de ces erreurs sur les pancartes de tous les services de l'hôpital des Enfants.

5° Sur le fait du paiement des appareils par quelques malades, M. Guérin donne les éclaircissements qui suivent:

« Pendant les premiers temps du service, il n'y avait pas de difficulté, de prétexte, de mauvais vouloir qu'on n'apportât à la demande des appareils. Souvent les malades les attendaient inutilement pendant des trois et quatre mois. Et si j'avais le malheur de les ordonner avant que le *bon* revînt avec l'ordre de l'administrateur, ces appareils restaient à ma charge. C'est alors que j'ai pris le parti de conseiller aux parents qui avaient le moyen de payer leurs appareils, d'en faire les frais pour ne pas les attendre; tandis que, de mon côté, j'en ai parfois payé de mes propres deniers pour des malheureux qui n'auraient pu faire cette dépense. Je me rappelle d'ailleurs qu'à une certaine époque, on s'était avisé de m'interdire toute demande d'appareils pour qui ne présenterait pas un certificat d'*indigence.* Force était bien aux parents non indigents de faire eux-mêmes les frais des machines, à moins qu'on n'eût voulu que je les supportasse moi-même. En fait de difformités, l'appareil c'est le médicament; et je ne sache pas qu'un chef de service soit tenu d'en faire les frais. »

Nous renvoyons ces éclaircissements au Conseil des hôpitaux, qui en sera certainement édifié.

6º A l'occasion du moulage payé par les parents :

« Ici, dit M. Guérin, nouvelle remarque de votre part, où vous dites vous devoir et devoir à vos collègues, de déclarer que cela ne se fait à votre connaissance dans aucun des services de chirurgie des hôpitaux de Paris. Je le crois bien, vous ai-je dit; on n'a pas besoin de faire mouler une carie, une fracture, un bec-de-lièvre, un ulcère, une hernie. Mais nous, qui dans une seule année, avons été obligé de faire exécuter pour près de 300 fr. de moulage, afin d'assurer l'exacte fabrication des appareils, nous avons prié, à défaut de l'administration qui s'y refuse, les parents capables de supporter cette dépense de la supporter, et nous avons fait faire à nos frais le moulage des véritables indigents. Cette charge du service nous a coûté jusqu'ici plus de 500 fr. »

M. Guérin commet ici une petite erreur. Il n'est pas un chirurgien des hôpitaux qui n'ait eu à mouler des luxations, d'anciennes fractures, des difformités de tout genre ; et nous déclarons de nouveau que jamais les malades n'ont été mis à contribution à cet effet.

7º Arrive enfin la discussion des observations. M. Guérin n'en nie aucune; mais il déclare que nous avons été trompé par les pancartes. Il faut en excepter cependant la 8e et la 9e; M. Guérin fait à cet égard les réflexions suivantes :

« J'ai réuni à dessein ces deux observations parce qu'elles peuvent être appréciées de la même manière. Dans l'une comme dans l'autre, les rédacteurs du relevé avaient vu une guérison de la difformité. Je pourrais maintenir leur appréciation, et vous contester qu'il n'y ait eu qu'une *forte* amélioration dans un cas et une *simple* amélioration dans l'autre, et cela par de très bonnes raisons. Je vous dirais, par exemple, qu'à l'époque où ces deux enfants ont quitté le service, ils étaient dans un état qui pouvait être regardé comme la guérison de la difformité, d'*après les idées que l'on se forme communément de ce mot;* et j'ajouterais, ce qui est un fait réel, que, par suite d'un défaut de précaution, le retrait des cicatrices a réduit insensiblement et jusqu'à un certain degré le bénéfice des opérations. Mais, *pour simplifier les choses*, je préfère vous accorder qu'il n'y avait qu'une *forte amélioration* dans un cas et une *amélioration* dans l'autre. »

Voilà le résumé de cette incroyable défense. Que d'habileté mal employée, que de peine tristement perdue, que de pauvres et déplorables ressources pour éviter une toute petite réponse directe à ces deux questions : *Le relevé est-il exact? Les guérisons sont-elles réelles?* Et cependant à travers toutes ses divagations et ses dénégations, alors qu'enfin nous avons mis la main sûrement sur deux de ses prétendues guérisons, il se débat vainement, il avoue, il confesse que ce ne sont pas là des guérisons; il nous *accorde, pour simplifier les choses*, qu'il n'y avait qu'amélioration. Générosité rare! et pourtant nous eussions été ravi de connaître les *très bonnes raisons* à l'aide desquelles, s'il n'avait préféré *simplifier les choses*, il eût fait passer ces améliorations pour des guérisons complètes. Que dis-je? nous les avons ces raisons ; l'état de ces deux enfants *pouvait être regardé comme la guérison de la difformité, d'après les idées qu'on se forme communément de ce mot.* QU'ON SE FORME COMMUNÉMENT! Et dans quelle étrange école de chirurgie se fait-on communément l'idée qu'on a *guéri complètement* des sujets qui ne sont pas guéris?

Nous attacherons-nous maintenant à riposter aux injures, aux sarcasmes, aux gentillesses de toute sorte dont M. Guérin s'est montré si libéral à notre égard? A Dieu ne plaise; nous avons été dirigé dans tout ce débat par une trop haute ambition pour nous en laisser détourner par d'aussi frivoles diversions. Avec tous les chirurgiens dignes de ce nom, nous voulons maintenir la réalité dans la science, la moralité dans l'art; quiconque ne marchera pas sous cette bannière peut s'attendre à nous trouver sur son chemin. M. Guérin annonce qu'il a fait nommer une commission pour vérifier ses cures miraculeuses; soit, nous verrons bien ce que la commission saura en dire, et nous déclarons que nous sommes tout prêt à lui soumettre notre relevé du service de M. Guérin afin qu'elle puisse le comparer avec l'autre, et décider de prime abord cette question assez délicate : si l'on n'a pas fait figurer 134 malades là où il n'en est entré que 131. Il ne faut pas que la commission se le dissimule, elle a un grand devoir à remplir; c'est à elle à dire aux praticiens si ces merveilles orthopédiques sont réelles ou imaginaires; si ces annonces fastueuses tiennent vraiment tout ce qu'elles promettent; et si l'orthopédie est enfin une industrie ou un art.

Nous ne finirons point sans rappeler à M. Guérin une négligence dont il s'est rendu coupable envers l'Académie royale de médecine. Le 18 juillet il présentait à cette compagnie un sujet par lui myotomisé le 15, et il promettait *de ramener le sujet dans trois semaines ou un mois, espérant* (nous copions la *Gazette médicale*), *qu'il serait complétement guéri.* Deux mois se sont écoulés depuis; M. Guérin prétend-il aussi cacher cette guérison?

— Au moment de mettre sous presse,

M. Guérin nous fait prier de lui communiquer les épreuves de sa réponse ; et sur notre refus, il nous déclare *qu'il s'oppose à son insertion dans notre journal*. Nous approuvons pleinement une détermination aussi sage, et nous nous félicitons d'avoir si heureusement prévenu les désirs de M. Guérin.

DU SIÉGE DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES CRURALES, par M. DEMEAUX.

Toute idée véritablement fondée sur les faits, quelle que soit d'abord l'opposition qu'elle soulève, finit par gagner peu à peu du terrain et par triompher de tous les obstacles. On sait les fortes luttes que nous avons eues à soutenir pour établir ce simple fait, que jusqu'à présent il n'y a pas une seule observation qui démontre la réalité de l'étranglement, soit par l'un des anneaux inguinaux, soit par l'anneau crural; et certes M. Velpeau ne s'est montré ni le moins résolu, ni le moins redoutable de nos adversaires. Qui aurait cru que nous dussions rencontrer si vite un ferme et puissant auxiliaire dans l'école même de M. Velpeau, et parmi ses élèves les plus dévoués? Voici ce qu'on lit dans une thèse dédiée à M. Velpeau, soutenue sous la présidence de M. Velpeau, par M. Demeaux, aide d'anatomie de la Faculté, et l'un de nos jeunes anatomistes qui s'est occupé avec le plus de persévérance et de talent de cette difficile question des hernies.

« J'ai décrit longuement, dans un autre passage de ma thèse, que la hernie crurale ne parcourait pas un canal; que son collet n'avait pas la forme d'un goulot de bouteille, mais qu'il était pour ainsi dire linéaire et presque sans étendue; et que, de plus, ce collet n'existait jamais au niveau de l'anneau crural, mais au niveau de la paroi de l'infundibulum. D'après cela, je dirai, avec M. Malgaigne, que jamais l'étranglement de la hernie crurale n'est produit par l'anneau de ce nom, et j'ajouterai qu'il n'a même jamais lieu à ce niveau, et j'émettrai la proposition suivante : l'étranglement de la hernie crurale a lieu constamment au niveau de la paroi de l'entonnoir qui lui a livré passage. Je vais discuter successivement chacune de ces propositions.

« 1° *L'étranglement n'a jamais lieu, ni par l'anneau, ni au niveau de l'anneau crural.* — Comme argument principal, je signalerai en premier ordre l'observation directe, qui m'a constamment démontré, dans les cas nombreux que j'ai pu observer, que l'anneau ne jouait aucun rôle. Il suffit, du reste, de se rappeler les diamètres relatifs de l'anneau crural et du volume d'une hernie crurale ordinaire, pour comprendre que celle-ci ne pourrait jamais éprouver, dans cette ouverture, une constriction suffisante pour produire l'étranglement. D'ailleurs, dans un mémoire que j'ai publié sur la formation du collet du sac, j'ai démontré que le collet venait se mouler sur l'ouverture fibreuse qui lui donnait passage. Or, je n'ai jamais rencontré de collet au niveau de l'anneau crural. Ne puis-je pas rapporter aussi l'argument que M. Malgaigne a fait valoir, et que j'ai cité précédemment : que les vaisseaux cruraux devraient être étranglés en même temps que la hernie? Un peu plus loin, du reste, je citerai d'autres faits confirmatifs. On ne peut invoquer, pour soutenir l'opinion contraire, que des résultats d'opérations faites sur le vivant, ou des autopsies souvent fort incomplètes.

« 2° *L'étranglement de la hernie crurale a lieu au niveau de la paroi de l'entonnoir que la hernie a traversée.*—C'est surtout ici que je crois démontrer sans réplique la vérité de ma proposition, et infirmer par conséquent l'opinion contraire, que j'ai déjà combattue par des arguments de peu de valeur comparativement à ceux qu'il me reste à faire valoir. Sur un grand nombre de hernies crurales, le sac étant rempli, soit d'intestin, soit d'épiploon, j'ai pu couper le ligament de Fallope et une portion du *fascia lata* placé au-dessous, sans que l'entrée du sac fût dilatée. J'ai pu aussi couper le ligament de Gimbernat, en respectant l'anneau fibreux au niveau duquel le collet était placé, et le résultat a été le même. On pourra m'objecter que, dans ces cas, le collet du sac était très résistant, et formait le seul obstacle à la réduction. Je répondrai à cette objection que, plusieurs fois après avoir divisé l'anneau fibreux, sans toucher à l'anneau péritonéal, la réduction s'opérait immédiatement. Dans d'autres circonstances, j'ai fait d'autres expériences non moins probantes. J'enlevais complétement le sac, soit en l'excisant au dehors, soit en le réduisant du côté du ventre par de légères tractions, ce qui peut se faire avec beaucoup de facilité sur les hernies qui n'ont jamais subi d'étranglement. Ensuite la pulpe du doigt étant portée dans l'ouverture fibreuse de laquelle j'avais retiré le sac herniaire, j'ai pu couper successivement le ligament de Fallope dans un ou plusieurs points, le ligament de Gimbernat même, sans qu'il fût possible de constater le moindre agrandissement de l'ouverture ; j'ai répété ces expériences un grand nombre de fois dans mes conférences sur les hernies, et en présence de mes collègues MM. Debrou, Gosselin et Rendu. Une occasion s'est présentée de démontrer que, dans une hernie étranglée, la disposition était la même ; je l'ai saisie avec empressement. Une femme fut apportée à l'Hôtel-Dieu, au mois de février 1842, dans le service de M. Guéneau de Mussy. Cette malade était affectée d'une hernie étranglée, qui avait été méconnue en ville ; aussi fut-elle envoyée par

erreur dans un service de médecine. A ma visite du soir, je fus averti qu'il y avait dans le service une femme affectée de choléra; je l'examinai avec soin, et je constatai une hernie crurale étranglée. La malade était à l'agonie. Je fis néanmoins prévenir un chirurgien, quoique j'eusse jugé l'opération inutile. Une heure après la malade était morte; je prévins mes collègues de l'occasion qui se présentait de démontrer ma proposition. Le cadavre fut apporté dans mon cabinet à l'Ecole pratique; et après avoir fait constater que la hernie, sous tous les rapports, avait bien la disposition normale, je pratiquai moi-même la dissection, sous les yeux de MM. Debrou et Gosselin. Toutes les parties étant mises à nu, je coupai le ligament de Fallope dans toute son épaisseur, et je fis constater que la résistance au collet du sac était la même; je fis constater aussi que cette résistance n'existait pas seulement au niveau du collet du sac, mais bien sur un anneau fibreux au niveau duquel celui-ci était placé. Plus tard, sur cette même pièce, j'ai pu couper aussi le ligament de Gimbernat, et après cette dernière section, le collet et l'anneau fibreux déjà mentionnés opposèrent la même résistance.

« L'étranglement au niveau de la paroi de l'infundibulum peut avoir lieu par le collet du sac: c'est ce que démontrent des exemples nombreux, entre autres ceux dans lesquels les hernies ont été réduites en masse; mais il peut aussi avoir lieu par l'anneau fibreux. M. Malgaigne lui-même ne l'a pas nié, et d'ailleurs j'en ai moi-même observé des exemples, entre autres dans le cas que j'ai cité plus haut, où, après avoir réduit l'intestin en exerçant des tractions sur le sac du côté du ventre, on déplissait complétement le collet, au point qu'il n'existait plus; et cependant l'étranglement avait été si complet que l'anse intestinale herniée était gangrenée. Il me serait difficile d'établir dans quelles proportions existe l'étranglement par le collet ou par l'ouverture fibreuse; ne pouvant donner à ce sujet que des résultats hypothétiques, je préfère m'abstenir. »

Outre cette négation si ferme et si absolue de l'étranglement par l'anneau, il y a dans cet article un fait nouveau qui n'est pas de peu d'importance pour l'intelligence de l'opération du débridement; c'est l'abaissement du collet au dessous du niveau de l'anneau crural. Ce fait est-il aussi constant que M. Demeaux l'avance? Ses recherches sont fondées sur plus de soixante dissections de hernies crurales; ce qui est une base déjà solide; et nous ajouterons que M. Roustan, dont nous publions un travail intéressant dans ce numéro, avait été frappé de quelque chose de semblable dans ses autopsies à Bicêtre; ce qui ne porte aucune atteinte au droit de priorité de M. Demeaux, et ce qui déjà peut être regardé comme une première confirmation de la justesse de son observation à cet égard.

Obstétrique.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE OVARIQUE, *par le docteur* LEHWESS.

Parmi beaucoup de points encore contestés de l'histoire des grossesses extra-utérines, on peut citer l'existence de la grossesse ovarique, positivement rejetée par les uns, admise, au contraire, sur preuves par les autres. Qu'elle répugne ou non à l'idée qu'on peut se faire de la conception, quelle objection sérieuse s'élèverait contre les cas dans lesquels les membranes de l'ovaire, et la tunique propre en particulier, devenue musculeuse, enveloppaient le kyste fœtal? De ce nombre, sans doute, n'est pas l'observation suivante; mais, bien qu'elle manque de quelques détails importants, il ne nous paraît pourtant pas impossible de justifier le titre qui lui a été donné.

« Une dame de 34 ans, bien constituée et d'une excellente santé, devint enceinte pour la première fois après quatre ans d'un second mariage. Un soir elle sentit tout à coup une douleur dans le ventre, accompagnée de vomissements, d'envie d'aller à la garde-robe, et bientôt suivie d'altération des traits. La nuit fut signalée par une insomnie complète et de fréquentes vomiturititions. Le lendemain, la face était couleur de cire, le pouls petit, à 150; vomissements de mucosités blanchâtres, sensibilité exquise de l'épigastre et de la région sous-ombilicale, menaces de syncope dans la station assise, respiration libre; intelligence nette. Une émulsion d'huile de ricin, quelques ventouses scarifiées sur le ventre, de la glace en petits fragments dans la bouche furent prescrites. Des évacuations eurent lieu, les vomissements cessèrent, la sensibilité du ventre disparut. La fréquence du pouls seule persista. La nuit suivante, il y eut un peu de sommeil. Le lendemain, la malade pouvait se tenir assise et se retourner dans son lit; le ventre était à peine tendu, peu douloureux à la pression. A midi, M. Lehwess, appelé en toute hâte, trouva l'abdomen développé, pâteux au toucher, douloureux, la respiration gênée et bruyante, le pouls plus fréquent encore et tout à fait misérable, les fonctions sensoriales troublées. Ces accidents augmentèrent rapidement, et la mort eut lieu 50 heures après l'apparition des premiers symptômes.

« A l'autopsie faite par le professeur Froriep, on trouva : épanchement de sang presque entièrement liquide autour du grand cul-de-sac de l'estomac et de la rate; accumulation de sang liquide et en caillots dans le petit bassin; à l'ovaire gauche pendait un œuf complétement formé, ouvert, dont toutes les membranes étaient parfaitement reconnaissables, assez volumineux pour avoir contenu un embryon de six à huit semaines, qui toutefois ne put être retrouvé au milieu des caillots. On remarquait une cicatrice fraîche à l'ovaire gauche. — La suspension des règles avait d'abord fait croire à cette dame qu'elle était enceinte; mais une perte avec caillots qu'elle avait eue ensuite lui avait fait renoncer à cette idée. » (*Caspar's Wochenschrift*, n° 50, 1842.)

L'apparition irrégulière des menstrues n'est point un phénomène propre aux grossesses extra-utérines; encore bien moins un phénomène constant.

On remarquera, et cette marche est assez commune lors de la rupture du kyste, que la déchirure, à en juger par les symptômes, n'a été que médiocre d'abord et n'a sans doute produit qu'un épanchement de sang peu considérable, mais qu'elle s'est étendue tout à coup plus tard, et a donné lieu à une hémorrhagie violente et rapidement mortelle. Relativement à l'espèce de grossesse extra-utérine, nous ne pouvons choisir qu'entre l'ovarique et l'abdominale primitive. En l'absence des détails propres à lever tous les doutes, nous pouvons au moins faire valoir les considérations suivantes : l'autorité qu'on ne peut refuser au médecin qui a fait l'autopsie; la rupture du kyste fœtal à une époque très peu avancée de la grossesse, circonstance commune dans la grossesse ovarique, presque sans exemple dans la grossesse abdominale qui atteint et très souvent dépasse de beaucoup le terme ordinaire de la gestation; et enfin l'absence de toute espèce d'adhérence du kyste à d'autres organes qu'à l'ovaire.

Pharmacologie chirurgicale.

DE QUELQUES NOUVEAUX TRAITEMENTS DE LA GALE.

On sait combien sont nombreux les onguens, les pommades, les liniments tour à tour préconisés contre la gale. Les uns ont été rejetés pour le peu de constance de leur action; et les plus efficaces ont encore ce grand inconvénient de salir tout le corps et le linge. M. Dornblueth a récemment publié une nouvelle formule, qui a donné, comme la plupart des autres, d'excellents résultats; c'est surtout à la pratique des campagnes qu'il appartiendra de dire si elle est destinée à remplacer la pommade soufrée populaire. Voici d'abord la formule :

LOTION CONTRE LA GALE. (*Dornblueth.*)

P. Savon noir........... 125 gram.
Poudre de racine d'ellébore blanc.......... 60 gram.
Eau de fontaine chaude q. s.

M. et F. s. a. une mixture de consistance sirupeuse.

Ce liniment s'applique avec la paume de la main ou au moyen d'un pinceau, et l'on doit avoir le soin d'appuyer assez fortement sur toutes les parties du corps qui présentent la moindre trace de l'exanthème, notamment sur les articulations des quatre membres, sur les hanches, sur le dos et l'abdomen. On doit, du reste, proportionner la force de la friction au degré de sensibilité de la peau. Aussitôt que les points frictionnés commencent, après la seconde, la troisième ou la quatrième application du remède, à rougir et à devenir le siége d'un sentiment de brûlure au lieu de la démangeaison qui s'y faisait sentir auparavant, et qu'on n'y voit plus apparaître de nouveaux boutons, on cesse d'y appliquer du liniment.

Le lendemain de la dernière friction, on frotte le corps entier avec 125 grammes de savon noir; puis on le lave soigneusement avec de l'eau chaude tenant en dissolution une dose du même savon égale à celle qui vient d'être indiquée. Il ne s'agit plus ensuite que de donner du linge blanc et de nouveaux vêtements, les anciens devant être soumis, avant de servir, au lavage et à la désinfection par l'acide sulfureux gazeux.

Ce traitement de la gale est sûr et économique; le savon noir détache bien la peau, et le principe actif de l'ellébore blanc tue l'acarus; mais l'emploi d'une substance aussi active peut quelquefois avoir des inconvénients.

Maintenant que l'on connaît bien la cause de la gale, il est facile de choisir des moyens sûrs de tuer l'acarus et qui ne sont pas dangereux pour l'homme.

M. Aubé a montré qu'une friction générale avec l'essence de térébenthine suffisait quelquefois pour détruire tous les parasites et guérir complétement.

M. Cazenave a préconisé dans ces derniers temps la solution d'iodure de soufre dans l'iodure de potassium; cet habile praticien a montré également que les lotions aromatiques avec des solutions hydro-alcooliques d'huiles essentielles guérissaient promptement la gale, et cela sans nul inconvénient.

Parmi toutes les huiles volatiles, celle qui m'a paru le plus énergique pour tuer les animaux inférieurs est celle d'anis : viendrait ensuite celle de menthe poivrée. A. B.

BULLETIN CLINIQUE.

La ligature de l'artère linguale est une des opérations les plus rarement pratiquées; et cette rareté suffirait déjà pour donner du prix à l'observation qu'on va lire; mais elle emprunte un intérêt bien plus puissant encore et de l'âge de l'enfant, et des circonstances graves et tout à fait exceptionnelles dans lesquelles elle a dû être adoptée comme dernière ressource. Enfin c'est le premier exemple à nous connu dans lequel ait été appliqué sur le vivant le procédé opératoire publié dès 1838 par M. Malgaigne; et en faisant une part bien légitime à l'habileté et au sang-froid du jeune opérateur, on verra quelle sécurité imprimait à la marche du bistouri la connaissance exacte des points de ralliement qui font la base du procédé indiqué.

LIGATURE DE L'ARTÈRE LINGUALE, *pratiquée pour un nœvus ulcéré de la langue chez un enfant de deux ans et demi*, par M. DEGUISE fils, chirurgien adjoint de la maison royale de Charenton.

Le 25 juin de cette année, un nommé Bounotte, serrurier à Nogent-sur-Marne, amena à la consultation de la Maison Royale de Charenton, un enfant âgé de 2 ans 1/2, qui saignait de la bouche depuis une huitaine de jours.

Un premier examen, auquel le petit malade se prêtait fort difficilement, ne laissa d'abord rien apercevoir; et nous eussions peut-être, mon père et moi, méconnu la cause de cette hémorrhagie, si Bounotte ne nous eût assuré qu'il existait un bouton sur la langue de son enfant. Une seconde exploration, faite avec beaucoup de soin, nous fit effectivement découvrir une petite tumeur située sur le bord droit de la langue, vers la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de cet organe. Son volume pouvait égaler celui d'un petit pois; sa couleur était violacée; sa surface comme chagrinée laissait suinter un sang vermeil par la partie supérieure légèrement érodée.

Bounotte ne put nous donner que des renseignements très vagues sur l'apparition et le développement de cette petite tumeur; suivant lui, elle datait seulement de huit jours.

L'enfant, très vigoureusement constitué, s'était toujours bien porté jusqu'à l'apparition de l'hémorrhagie; les dents du côté droit ne présentaient aucune saillie, aucune inégalité qui pussent blesser la langue. Ce dernier organe avait ses dimensions accoutumées; sa consistance était normale. La base de sustentation et les environs de la petite tumeur paraissaient sains.

Ces différentes circonstances nous firent croire à l'existence d'une tumeur érectile, d'un nævus qui s'était ulcéré.

Effectivement, les caractères extérieurs de cette petite tumeur ressemblaient assez à ceux que l'on observe dans ce genre d'affections, et, pour ma part, en y réfléchissant à loisir, je me confirmai dans ma première opinion, ne voyant pas quelle autre affection j'aurais pu confondre avec celle à laquelle j'avais affaire. Je pensais aussi que l'origine de cette tumeur pouvait bien être plus ancienne que ne le disait Bounotte; peut-être remontait-elle jusqu'à la naissance; et son petit volume, et l'absence de signes morbides avaient empêché qu'elle fût reconnue jusqu'au moment où parut l'hémorrhagie buccale et où l'attention des parents fut vivement sollicitée de ce côté.

Quoi qu'il en soit, un médecin, M. Lequesne, de Nogent, avait déjà été appelé au début de cette hémorrhagie, et il avait cautérisé le bouton saignant, avec un crayon de nitrate d'argent. Ce moyen ayant échoué, Bounotte s'était décidé à conduire son enfant à la consultation de la Maison de Charenton.

Comme ce petit enfant avalait avec sa salive le sang à mesure qu'il était exhalé, il n'était pas possible d'en apprécier la quantité. Cependant elle ne nous parut point avoir été très considérable, d'après l'examen du pouls qui était normal, et celui de la face qui offrait une coloration très prononcée. Aussi, mon père et moi nous pensâmes que les moyens suivants suffiraient pour arrêter cet écoulement sanguin.

Limonade minérale à la glace. — Introduire dans la bouche et faire sucer, s'il se peut, de petits morceaux de glace. — Seize grammes d'huile de ricin.— Cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

Le 27, Bounotte me ramène son enfant. Le sang, disait-il, n'avait cessé de couler en abondance.

Cette fois, la langue fut saisie avec une pince de Museux, fortement attirée au dehors: la petite tumeur broyée et déchirée avec une pince, et toute la surface saignante cautérisée avec un fer rouge.

J'espérais que ma petite opération suffirait pour arrêter définitivement cette hémorrhagie; néanmoins je conseillai d'insister sur les boissons froides, les révulsifs aux extrémités; et je prescrivis 12 grammes d'huile de ricin

pour évacuer le sang qui avait pénétré dans l'intestin.

Le 29, je suis fort étonné de voir revenir mon petit malade : il était pâle, évidemment affaibli ; l'hémorrhagie qui avait été supprimée pendant plusieurs heures n'avait pas tardé à reparaître.

La langue est de nouveau saisie avec une pince de Museux ; j'excise avec des ciseaux courbes sur le plat une portion de la langue correspondant à la surface saignante, et j'applique successivement deux cautères rougis à blanc. On continue les moyens adjuvants conseillés plus haut.

Le 30, Bounotte m'amène à Paris son malheureux enfant : il était très pâle, très affaibli ; son pouls était petit et fréquent. La seconde cautérisation n'avait point été plus heureuse que la première.

Je ne pouvais plus me fier à la cautérisation, et j'étais décidé à lier l'artère linguale, ligature à laquelle j'avais déjà songé lorsque ma première cautérisation eut échoué. Cependant, je ne voulus pas prendre cette détermination avant d'avoir consulté mon père. Je ne redoutais point l'opération en elle-même, mais les suites et le cas me paraissaient trop graves pour ne pas chercher à m'éclairer.

Mon père ne s'opposa point à la ligature de l'artère linguale ; mais il fut d'avis qu'avant de la pratiquer on pouvait faire une dernière tentative sur le tissu même de la langue. Cette résolution prise fut aussitôt exécutée. La langue est saisie et attirée avec une pince de Museux ; je la traverse avec une aiguille munie de deux fils de soie doubles et cirés, à quelques lignes en dedans de la plaie ; puis je circonscris cette dernière au moyen de deux ligatures, l'une en avant, l'autre en arrière. Ces ligatures convenablement serrées et maintenues par un double nœud devaient intercepter complétement le cours du sang à travers la plaie. Effectivement, l'hémorrhagie s'arrêta et Bounotte retourna à Nogent croyant son enfant sauvé.

Quant à nous, si nous n'espérions un succès définitif, nous comptions du moins sur une suspension momentanée de l'hémorrhagie, que nous voulions mettre à profit pour relever les forces de l'enfant et le mettre ainsi dans des conditions meilleures pour supporter plus tard l'opération que j'avais projetée.

Eau vineuse froide.—Bouillon froid.—Révulsifs aux extrémités.

Le 1er juillet au matin, je fus mandé à Nogent.—Mon petit malade était presque exsangue ; le sang avait reparu la veille au soir et n'avait cessé de couler en abondance. Il y avait un commencement d'œdème général ; la face était d'une pâleur extrême, les lèvres décolorées ; les extrémités froides ; le pouls irrégulier, intermittent, filiforme, par moments tout à fait imperceptible.

Il n'y avait plus de temps à perdre, cet enfant allait mourir. Aussi, après avoir prévenu les parents de la seule et bien faible chance de salut qui nous restait, je pratiquai la ligature de l'artère linguale du côté malade, c'est-à-dire du côté droit, avec l'assistance de M. Lequesne, médecin à Nogent, et de mon excellent ami et ancien collègue M. Malespine.

Cette opération fut pénible et laborieuse : pénible, parce qu'il y avait grandement à craindre que le malade ne succombât entre mes mains ; laborieuse, parce que, malgré le vif désir que j'avais de la terminer promptement, il se présenta plusieurs difficultés inhérentes à l'opération elle-même et à certaines circonstances que j'avais mentionnées.

L'enfant fut couché sur le dos, la tête légèrement inclinée à gauche ; un petit coussin fut placé en arrière sous la nuque de manière à tendre le cou en avant.

Après m'être assuré de la position de l'os hyoïde, je fis, sur le côté droit du cou, une incision horizontale longue de 5 centimètres environ, qui suivait, *autant que possible*, la direction de la grande corne de cet os ; je dis autant que possible, parce que je rencontrai là une première difficulté due à l'état œdémateux dont j'ai parlé plus haut. Cette première incision intéressa la peau dans toute son épaisseur, et une partie de la couche adipeuse sous-cutanée. — Cette couche avait une épaisseur assez considérable, j'achevai la section à petits coups de bistouri. Le peaucier se présenta pâle et très mince ; il fut incisé avec ménagement, et bien m'en prit : car je faillis couper une grosse veine située vers l'angle externe de la plaie, et qui devait être l'embouchure de la veine faciale dans la jugulaire externe. La glande sous-maxillaire était assez volumineuse, elle atteignait presque l'os hyoïde, elle fut repoussée et maintenue en haut. Le muscle digastrique fut mis à découvert presque aussitôt. J'incisai un peu au dessous de son bord inférieur pour aller à la recherche du muscle hyo-glosse. Ce fut le temps le plus difficile de toute l'opération, et cela parce que gêné par un tissu adipeux abondant, baigné de sérosité, je ne pus agir qu'avec une extrême lenteur dans la crainte de me fourvoyer. Dans cette dissection, je rencontrai le nerf hypoglosse (1), et en

(1) Je puis assurer que rien ne ressemble plus au premier abord à une artère que ce nerf, et j'avoue que j'eusse peut-être commis cette méprise (laquelle j'espère n'eût été que momentanée), si je n'eusse eu bien présentes à l'esprit toutes les parties sur lesquelles j'opérais ; mais j'étais prévenu de la rencon-

cherchant au dessous de lui, tantôt avec la sonde cannelée, tantôt avec la pointe du bistouri, je finis par mettre à nu le muscle hyoglosse. Il était très pâle, assez mince pour laisser se dessiner derrière lui l'artère linguale, dont il était très facile d'apprécier les battements. J'écartai avec précaution quelques fibres de ce muscle, j'isolai l'artère et la liai avec un fil de soie double et ciré.

Pendant l'opération, il y eut deux syncopes, de courte durée heureusement, mais qui néanmoins me parurent assez inquiétantes pour suspendre ma dissection. Chaque fois nous fîmes revenir le petit malade en lui projetant de l'eau au visage.

Au total l'enfant n'avait perdu que fort peu de sang durant cette opération. Les bords de la plaie furent maintenus rapprochés au moyen de trois points de suture; deux petites bandelettes de diachylon gommé composèrent tout le pansement.

L'hemorrhagie buccale parut arrêtée; car on ne pouvait donner ce nom à un liquide légèrement noirâtre qui s'écoulait de la bouche et qui nous sembla être formé par de la salive. La teinte noire qu'elle présentait était due, sans aucun doute, à la dilution d'une certaine quantité de matière colorante, appartenant à un caillot qui occupait une grande partie de la face dorsale de la langue.

Le petit opéré buvait avec avidité; il fut convenu qu'on satisferait souvent à ce besoin avec du bouillon froid dans lequel on ajouterait un peu de bon vin. Je recommandai qu'on observât le plus profond silence, que l'air de la pièce fut fréquemment renouvelé, et qu'on maintînt sans cesse de la chaleur vers les extrémités inférieures.

Après notre départ l'enfant ne tarda pas à s'endormir: son sommeil fut calme et tranquille. A son réveil il montra quelque gaîté, et ses parents reprirent tout à fait espoir.

Cet état satisfaisant continua le lendemain et les jours suivants. L'œdème disparut, et les forces ne tardèrent pas à revenir un peu.

Le 5, à huit heures du soir, Bounotte qui ne quittait pas son enfant est tout surpris de voir couler du sang par la bouche; il entr'ouvre les lèvres avec précaution, et il croit s'apercevoir que l'hémorrhagie a lieu par la partie inférieure de la langue. Il fait prévenir de suite M. Lequesne qui constate la même chose. Les extrémités sont couvertes de sinapismes, et le sang s'arrête tout à fait à onze heures, trois heures après son apparition.

---

tre de ce nerf, et j'avais la certitude absolue de ne pas encore avoir intéressé les fibres musculaires de l'hyo-glosse, derrière lesquelles je devais trouver l'artère linguale.

Cette hémorrhagie avait été peu abondante, l'enfant ne parut point beaucoup en souffrir, et nonobstant cet accident, le mieux continua.

Le 7, nouvelle hémorrhagie vers deux heures de l'après-midi. Cette fois elle fut inquiétante; le sang rouge et vermeil sortait bien évidemment de la face inférieure de la langue; malgré les sinapismes il continua de couler avec force jusqu'à onze heures du soir, où l'enfant notablement affaibli parut s'endormir. Avec cet état syncopal, disparut l'hémorrhagie.

La vie de ce pauvre petit malheureux était donc à chaque instant menacée. Après toutes les tentatives que j'avais faites pour le sauver, il y avait là pour moi quelque chose de cruellement désespérant.

Quelle était donc la cause, quelle était donc la source de ces deux nouvelles hémorrhagies? Fallait-il en accuser la présence des fils qui traversaient la langue, les piqûres produites par les pinces de Museux, ou bien une nouvelle ulcération survenue spontanément. Le sang revenait-il par l'artère linguale du côté gauche? Existait-il quelque disposition artérielle anormale? Enfin, dans l'attente de nouveaux accidents que fallait-il faire?

Il était au moins inutile de rien tenter sur la langue elle-même, j'en avais fait la triste expérience. Devais-je lier l'artère linguale du côté gauche?

Cette seconde ligature pouvait bien faire espérer quelque chance de réussite dans le cas où l'artère linguale gauche eût été la source de l'hémorrhagie, mais je pouvais rencontrer une anomalie.

Les dernières hémorrhagies, ai-je dit, avaient eu lieu par la face inférieure de la langue, très probablement par une artère sublinguale; or, l'artère sublinguale est fréquemment fournie par la sous-mentale ou même directement par la faciale.

Ces questions m'embarrassaient beaucoup: je consultai de nouveau mon père, M. Malespine et M. Lequesne. Ces messieurs jugèrent prudent de s'abstenir de toute opération, vu l'état de l'enfant, et de s'en tenir à la médication astrigente, tonique et révulsive.

Ce conseil fut suivi en tous points, et j'eus lieu de m'en applaudir: il ne survint point de nouveaux accidents, et sous l'influence de toniques sagement administrés, l'enfant ne tarda point à reprendre ses forces.

Le 11, la ligature de l'artère linguale tomba d'elle-même; la plaie du cou se cicatrisa quelques jours après.

Le 19, je coupe les fils qui tiennent encore à la langue. La guérison est complète; jusqu'aujourd'hui elle ne s'est point démentie.

DEGUISE fils.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, *ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, etc., etc.; par une société de médecins, sous la direction du docteur* FABRE. *Tome* 1er. — MALADIES DES FEMMES.

S'il est des époques où l'on ne s'instruit pas faute de livres, il en est d'autres où il est difficile de s'instruire parce qu'on en a trop. La fécondité de la nôtre deviendrait bientôt embarrassante, si ce que la science dissémine, éparpille en quelque sorte dans mille traités, monographies ou journaux n'était de temps en temps rassemblé, concentré dans un seul foyer. Les dictionnaires se sont proposé et ont atteint plus ou moins heureusement ce but: œuvres utiles, d'une forme commode pour les recherches, mais peu favorable à une exposition d'ensemble, à une classification méthodique, et dont le genre exclut d'ailleurs les développements étendus et le récit détaillé des faits. Forcé de chercher ailleurs ces deux sources de toute solide conviction, ces essentiels fondements de toute pratique consciencieuse, le médecin auquel sont encore réservés quelques loisirs studieux pourra, par de judicieux extraits et par l'analyse des observations les plus saillantes, se créer, sur le sujet de son choix, la plus riche et la plus commode de toutes les bibliothèques. Que tous ces matériaux classés à mesure dans un cadre arrêté d'avance soient fondus et liés avec art, que cette habile assimilation de l'œuvre des autres soit rehaussée par de judicieuses réflexions, quelques vues nouvelles, une saine critique, par tout ce qui donne sinon l'originalité, au moins la couleur, et l'ouvrage qui naîtra d'un pareil travail, prendra rang parmi les plus utiles.

Il serait à désirer sans doute que chaque médecin pût ainsi se composer son propre livre sur chaque matière. L'esprit se fortifierait sans contredit à ce travail et s'emparerait plus complétement du sujet. Mais l'accomplissement d'une pareille tâche exige la possession de sources nombreuses qui sont loin d'être à la disposition de tous, et par-dessus tout un temps et une persévérance qui manquent à la plupart. L'auteur de la *Bibliothèque du Médecin praticien* a donc été dirigé par une bonne et heureuse pensée lorsqu'il s'est proposé d'offrir sur chacune des branches principales de l'art et sur quelques unes de leurs divisions secondaires dont la spécialité n'est contestée par personne, une série de traités essentiellement pratiques, débarrassés de toute vaine érudition, de toute discussion théorique sans intérêt réel, et de l'indication de toutes les méthodes ou médications inusitées que l'expérience a définitivement rejetées; une série de traités enfin tels que chacun de nous voudrait pouvoir en extraire et en composer pour son propre usage.

Cette collection comprendra 36 livraisons formant 12 vol. in-8° sur double colonne; elle est dignement inaugurée par le premier volume que nous avons sous les yeux et qui s'occupe *des maladies des femmes*.

On peut en effet, d'après ce premier traité, juger la manière générale de l'auteur. Partout nous le trouvons fidèle à son programme. Anciens, modernes, nationaux, étrangers, tous les auteurs ont été mis à contribution, et non seulement les traités généraux, mais les plus minces mémoires quand ils renfermaient quelque chose d'utile, les simples articles de journaux ou comptes-rendus de clinique ont fourni leur contingent. Non content de renvoyer exactement aux sources quand il emprunte quelque opinion et de rendre bonne et complète justice à chacun, il cite souvent textuellement soit l'exposé des signes d'une maladie, soit les réflexions que suggèrent les difficultés d'un diagnostic, soit la description d'un procédé opératoire, soit une observation propre à mettre en saillie un ou plusieurs de ces points mieux qu'il ne croirait pouvoir le faire lui-même.

Cette manière d'introduire les auteurs et de leur donner en quelque sorte la parole a l'avantage de n'altérer en rien leur pensée, de mettre en relief les qualités qui les distinguent, de favoriser la publicité de leurs idées et de leur témoigner ainsi la part de reconnaissance qui leur est due. Elle diminue en outre la sécheresse d'une forme trop strictement didactique, et le choix judicieux des citations atteste que l'œuvre y gagne non seulement en exactitude, mais même en précision.

On aurait tort pourtant de croire que tout le mérite de l'œuvre ne consiste que dans l'ajustement plus ou moins habile, plus ou moins harmonique de parties détachées. Il suffit de voir avec quel soin les causes sont recherchées, les signes discutés, la valeur respective des uns et des autres déterminée, à quel consciencieux examen les diverses méthodes de traitement sont soumises, avec quelle rigoureuse déduction les préférences sont motivées, pour reconnaître que l'auteur, tout en mettant en relief l'œuvre des autres et en se proposant un but d'utilité et non de gloire, ne renonce nulle part au rôle qu'il devait se proposer dans une pareille œuvre, celui de critique impartial et d'appréciateur éclairé. Faut-il donc, comme dit Montaigne, se couvrir des armes d'autrui jusqu'au point de ne pas montrer le bout des doigts?

En ce qui concerne spécialement le traité des *Maladies des femmes*, on peut dire que nul

n'est plus complet, plus pratique. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table pour voir qu'il n'est pas une affection qui ait été passée sous silence, qu'un grand nombre, certaines maladies de la vulve, par exemple, font, pour la première fois, partie d'un ouvrage didactique sur la matière. Les fistules vaginales, les affections de l'utérus, les déplacements de cet organe, etc., sont traités avec tous les développements convenables au point de vue de la pratique. On remarquera un chapitre important sur les erreurs de diagnostic qu'il est possible de commettre, et qui ont en effet été plusieurs fois commises entre plusieurs maladies des organes généraux. Peut-être le désir de ne rien omettre a-t-il fait entrer dans le cadre des maladies ou des accidents dont la description aurait été mieux placée dans le traité d'accouchements qui doit faire partie de la collection : ainsi les ruptures de l'utérus, dont l'histoire ne forme pas un des moins bons chapitres de l'ouvrage; ainsi les affections puerpérales. Mais comme l'introduction de ces sujets un peu étrangers n'a pas nui au développement des autres parties, on peut espérer que, quitte de ce côté envers ses lecteurs, l'auteur enrichira de plus de matériaux son traité spécial d'accouchements, et que cette malposition tournera encore à l'avantage de l'œuvre.

En résumé, nous croyons la *Bibliothèque du Médecin praticien* appelée à un succès qu'assurent d'avance la grande quantité de matériaux dont elle se composera sous un petit volume, et la modicité du prix; et que justifieront de plus en plus, nous n'en doutons pas, le bon esprit et le bon ton de la critique, l'exécution consciencieuse de l'ouvrage, et son incontestable utilité. A. D.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences. — *Séance du* 28 *août.* — M. Guyon adresse une observation relative à l'introduction d'une sangsue (*hœmopis vorax*) dans le vagin d'une femme. Cette femme habitant Bone depuis trois semaines était affectée d'une perte continuelle qui résistait à tous les moyens. Enfin la femme vint à Alger; M. Lebrun fit faire des injections d'eau et de vinaigre plusieurs fois par jour; le 4e jour la malade trouva dans ses linges la sangsue vivante, et dès le lendemain tout écoulement avait cessé. — Ce fait est curieux par sa rareté sans doute; mais on se demande comment les médecins qui traitaient cette malade ont omis d'explorer le vagin avec le doigt, et au besoin avec le spéculum.

M. Jobert adresse un nouveau mémoire sur la grenouillette. Nous y reviendrons prochainement.

Académie de médecine. — *Séance du* 17 *août.* —M. Bouvier lit une note sur les caractères physiques des muscles du dos pendant la vie, dans les déviations latérales de l'épine. Cette note a pour objet de contester la valeur des signes donnés par M. Guérin comme propre à la rétraction musculaire, et de combattre la section des muscles de l'épine, au moins comme inutile. — M. Guérin conteste les assertions de M. Bouvier.

22 *août.* — M. Jobert lit un rapport très favorable sur un mémoire de M. Morel-Lavallée, qu'il considère comme la monographie la plus complète *des luxations de la clavicule.* Nous reviendrons sur le mémoire et sur le rapport.

29 *août.*—M. Léon Rattier présente un nouvel urétrotome pouvant opérer les scarifications d'arrière en avant comme d'avant en arrière. Il signale également à l'Académie un nouveau procédé à l'aide duquel il parvient à porter la lumière dans des cavités jusqu'à présent inaccessibles à l'œil. Nous en donnerons la description dans le prochain numéro.

5 *septembre.* — M. Bonnafont lit une observation de surdité guérie par la perforation de la membrane du tympan.

12 *septembre.* — M. Villeneuve fait un rapport sur une observation de gastrotomie pratiquée dans un cas de rupture spontanée de l'utérus, par M. Castelli de Puy-Lévêque; il examine, entre autres points, la question du choix à faire, dans les cas de ce genre entre la gastrotomie ou l'extraction du fœtus par la plaie accidentelle, et il se prononce en faveur du premier parti. — M. Velpeau pense au contraire qu'il est presque toujours possible d'extraire l'enfant par le vagin, et que cette extraction est bien préférable à la gastrotomie.— M. Villeneuve répond que sur 15 cas d'extraction cités dans son rapport, il n'y a pas eu un seul cas de réussite.

M. Villeneuve avait aussi émis quelques doutes sur la réalité du bruit allégué comme signe de la rupture de la matrice. — M. Capuron a réclamé; M. Gérardin a rappelé un cas observé à la Maternité, et dans lequel la rupture se fit avec un bruit assez sensible pour être entendu de la sage-femme et des assistants. Enfin M. Velpeau déclare avoir lui-même entendu ce bruit chez une dame auprès de laquelle il avait été appelé par M. Réveillé-Parise. —L'Académie, suivant les conclusions du rapporteur, décide qu'il sera adressé des remercîments à l'auteur.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8°, Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine.*—On s'abonne à Paris, au bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

OCTOBRE 1843.

SOMMAIRE.

Nouvelle simplification des discussions orthopédiques.— Procès intenté au Journal de Chirurgie.

Dans la discussion que nous soutenons depuis quelque temps au sujet du Relevé statistique de M. J. Guérin, les praticiens consciencieux avaient été particulièrement frappés de cette curieuse défense de notre antagoniste, lequel, *pour simplifier les choses*, voulait bien confesser que deux de ses *guérisons complètes* n'étaient pas des guérisons. Il paraît que les remarques dont cette simplification a été l'objet n'ont pas été du goût de M. Guérin; nous lui avions également demandé comment son malade présenté à l'Académie, qui devait être *complétement guéri dans trois semaines ou un mois*, ne l'était pas encore au bout de deux mois (il y a aujourd'hui trois mois révolus). Pour mettre un terme à cette fatigante curiosité, pour couper court à ces discussions désagréables, en un mot, pour simplifier les choses, M. Guérin nous a intenté un procès en police correctionnelle.

Nous devons le confesser; une pareille façon de répondre ne nous a pas médiocrement surpris. Nous ne sachons pas qu'elle soit d'usage en aucun pays du monde; mais, dans le nôtre particulièrement, il est difficile de dire ce que M. Guérin a cru pouvoir en espérer. Bien qu'il soit étranger, M. Guérin a vécu assez longtemps parmi nous pour prendre une idée plus exacte de notre caractère; nous sommes un peuple *douteur* par nature, qui ne croyons pas facilement aux miracles; et de tous les principes de Descartes, le doute philosophique est celui que nous avons le plus scrupuleusement conservé.

Que l'on nous administre une démonstration péremptoire, à la bonne heure, nous ne résistons point à la preuve; mais si, sans preuve, sans démonstration, on veut nous imposer la foi, comme qui dirait par un jugement de police correctionnelle, nous passons volontiers à la révolte et ne croyons plus rien du tout.

M. Guérin nous paraît donc avoir ici manqué de tact. Il s'est trompé d'époque et de pays; et, à part l'opinion publique, qui mérite bien un peu d'égard, il y a aussi quelque chose de trop exorbitant à s'en aller demander à des juges un brevet d'infaillibilité.

Voilà certes le côté le moins sérieux de l'affaire; nous ne saurions cependant dissimuler qu'elle en a un autre infiniment plus grave. C'est la libre discussion en matière scientifique qui est en cause; c'est le droit le plus sacré de la science que M. Guérin n'a pas craint d'attaquer. Et c'est un critique de profession qui, dans un intérêt si misérable que notre plume répugne à l'exprimer, a eu l'idée de bâillonner la critique! Et c'est un homme de science qui prétend confisquer à son profit la liberté de discussion, sans laquelle il n'y a pas de science! Du moins, nous le répéterons avec orgueil, nul de nous ne portera la responsabilité d'un dessein aussi insensé, et nous dirions presque aussi impie; c'est un médecin étranger, c'est un orthopédiste belge qui, après avoir reçu de la chirurgie française une si libérale hospitalité, lui paye ainsi sa dette de reconnaissance.

Cependant, devant cette triste et honteuse et déplorable attaque, qu'a fait la chirurgie française? La chirurgie française a fait son devoir, et la médecine française n'a pas manqué au sien. Une protestation, une véritable déclaration de principes a été aussitôt rédigée et couverte de signatures: membres de l'Institut, membres de l'Académie royale de médecine, professeurs de la Faculté, médecins et chirurgiens des hôpitaux, praticiens de la ville, tous ont tenu à honneur d'y apposer leur nom. Le mouvement ne s'est point arrêté à Paris; il va s'étendre dans les provinces: et déjà même, avec les adhésions isolées, viennent des adhésions délibérées par les sociétés savantes; manifestation jusqu'ici sans exemple dans la médecine, et véritablement nationale.

Un semblable mouvement, réalisé en quelques jours, atteste hautement l'esprit de l'époque, et répond de reste à ceux qui l'accusent de tiédeur pour les intérêts de la science. Heureusement, nous ne serons pas cette fois appelés à de plus grandes luttes; les magistrats qui, pour la première fois, auront à juger cette question inouïe, sont aussi de leur temps; ils savent que la libre discussion dans les arts et dans les sciences a fait une partie de la gloire et de la grandeur de la France; et c'est un intérêt qui vaut bien celui d'un orthopédiste embarrassé de prouver la réalité de ses guérisons.

Pour nous, à qui M. Guérin a fait l'honneur de nous choisir pour champion d'une si belle cause, nous n'en marcherons pas moins ferme à la découverte de la vérité, méprisant les injures, souriant aux menaces, trop sûr de nous pour nous écarter jamais de notre modération accoutumée, et n'écoutant que l'intérêt de la science. On a voulu bâillonner la critique, elle n'en élèvera qu'une voix plus forte. Si les choses eussent suivi leur cours, nous avions dessein de donner à nos lecteurs, dans ce numéro, un *Mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie et spécialement de la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations de l'épine;* les praticiens auraient jugé en silence, et tout eût été dit sur ce point. Mais puisque M. Guérin a jugé convenable d'appeler à son secours les tribunaux extrà-scientifiques, nous prétendons avoir aussi nos tribunaux, nos tribunaux légitimes; et c'est à l'Académie royale des sciences, c'est à l'Académie royale de médecine que nous irons demander des juges compétents.

Ce n'est pas là le seul procès que nous aurons à soutenir. M. Guérin nous a fait intimer par huissier d'avoir à insérer sa réponse; nous ne l'insérerons pas. Ferme dans notre droit, nous offrons pour la seconde fois d'insérer une réponse décente, qui ne soit point chargée d'injures contre nous et contre d'autres; et nous nous féliciterons, après avoir soutenu la liberté de la discussion scientifique, d'avoir à la défendre contre une licence devenue intolérable pour tous les honnêtes gens.

Déclaration de principes des Médecins et Chirurgiens de France.

Nous, soussignés, professeurs de la Faculté de médecine de Paris, membres de l'Académie royale des sciences, membres de l'Académie royale de médecine ou d'autres sociétés savantes, docteurs en médecine et en chirurgie des trois facultés du royaume;

Consultés par deux de nos confrères présentement poursuivis en police correctionnelle pour des articles de critique médicale;

Sans prétendre nous immiscer dans le fond ni dans les détails du procès, déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes suivants:

La liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré et l'une des bases fondamentales de toute science.

La discussion peut et doit s'exercer sur les doctrines et sur les faits.

La discussion des faits porte essentiellement sur leur valeur, sur leur degré d'exactitude, et entraîne nécessairement le droit de les nier, lorsque leur fausseté a été découverte.

En médecine et en chirurgie particulièrement, il est de droit de discuter toute méthode et toute opération nouvelles, de rechercher la valeur des succès annoncés, de les nier lorsqu'on a la preuve qu'ils ne sont pas réels.

Hors de ces principes, il n'y a plus ni discussion, ni art, ni enseignement possibles, ni garantie pour la santé publique; et la science serait livrée sans défense à la merci de tous les charlatans.

Paris, 8 octobre 1843.

En quelques jours cette déclaration a été signée d'une foule de noms honorables, en tête desquelles on lit ceux de MM. Marjolin, Fouquier, Moreau, Cruveilhier, Trousseau, Bérard, Villermé, Husson, Guéneau de Mussy, Emery,-Cornac, etc.; la *Gazette des hôpitaux* du 19 octobre a publié une première liste de près de 150 signatures. Nous invitons nos confrères des départements à se réunir pour nous envoyer leurs adhésions collectives; ceux de Paris pourront signer à l'une des trois adresses suivantes, où des exemplaires de la déclaration ont été déposés :

Pour le *Journal de chirurgie,* chez M. Malgaigne, rue de l'Arbre-Sec, 22;

Au bureau des *Annales de chirurgie*, chez M. J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

Et au bureau de la *Gazette des hôpitaux*, rue Dauphine, 24.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De quelques modes de guérisons naturelles des hernies, *et particulièrement du rôle du collet du sac dans ces guérisons; par* M. Roustan, *D. M. P.* — (*Suite et fin.*)

Ainsi le collet du sac, observé soit au début de sa formation, soit à son plus haut degré d'organisation, et même dans les stigmates résultant des guérisons, s'établit toujours par adhérence médiate ou immédiate de la séreuse, tantôt par l'intermédiaire d'une quantité variable de lymphe plastique, tantôt par le simple desséchement des surfaces en contact. Cependant, dira quelqu'un, il est possible que des stigmates se forment comme vous l'avez observé, mais cela ne prouve en rien que le collet ne suive quelquefois la marche que d'autres lui ont reconnue. En admettant cette objection, il s'ensui-

vrait déjà que le resserrement spontané, donné par M. Demeaux comme le mode le plus général de guérison, ne serait plus, au contraire, qu'un procédé exceptionnel; mais je ne saurais même lui accorder cette part modeste. Il faudrait avant tout qu'il me fût bien démontré que le collet décrit par M. Demeaux diffère des stigmates que j'ai observés moi-même; leur siége est le même, ainsi que le côté de l'orifice par lequel ils débutent; et pour d'autres points sur lesquels nos descriptions diffèrent, les faits de M. Demeaux me paraissent par trop rares et peu concluants. Ainsi sur quoi se base-t-il pour établir la part que la nature prend à la guérison? sur un seul fait de F. de Hilden, d'un individu qui avait une hernie volumineuse, et qui, étant resté au lit pendant six mois pour une autre cause, se trouva guéri de la hernie au bout de ce temps. Que, dans ce cas, la guérison doive être attribuée totalement à la nature, ce n'est pas ce que je conteste ici; mais, ce que je ne saurais admettre, c'est que ce soit par le collet du sac que s'est faite la guérison. Il avance aussi que le bandage n'agit point par pression, comme l'ont enseigné Scarpa et la plupart des chirurgiens, mais seulement en éloignant les viscères du collet. Mais toutes ces assertions sont-elles fondées sur une seule autopsie? pas le moins du monde. Il y a lieu véritablement d'être étonné de voir trancher ces questions avec des documents si incomplets, surtout lorsqu'on a observé combien sont variés les modes de guérison des hernies. Pour mon compte, j'ai observé aussi des cas de guérisons par le séjour au lit; j'ai eu plusieurs fois l'occasion de les vérifier à l'autopsie, et jamais je n'ai observé le mécanisme invoqué par M. Demeaux.

Les deux cas suivants feront voir que si le séjour au lit favorisait toujours la formation du collet, et par lui, la guérison de la hernie, on aurait dû remarquer d'autres résultats que ceux qui ont eu lieu; car l'un des malades dont il y est question n'est pas resté *six mois,* mais *six ans* au lit depuis l'apparition de sa hernie.

Obs. VIe.—20 juillet 1842.—Le nommé Margny, âgé de 76 ans, ancien tailleur, n'a pas quitté le lit depuis plus de 7 ans. Il y a six ans il fut pris d'un rhume à la suite duquel il s'aperçut d'une hernie à droite. Elle n'a augmenté ni diminué depuis cette époque, elle ne lui a jamais occasionné aucune douleur; elle sort et se réduit avec la plus grande facilité. Elle est encore interstitielle; on en voit aussi une commençant du côté opposé. Cet individu succomba quelque temps après cet examen; mais je ne pus faire son autopsie.

Ce fait perd certainement beaucoup de sa valeur, quant à l'existence du collet, par l'absence d'autopsie; mais il est probable qu'il n'y avait pas de collet au sac, si l'on s'en rapporte à la facilité avec laquelle la hernie entrait et sortait. Dans tous les cas, il est positif qu'elle n'avait pas diminué pendant l'espace de *six ans* de séjour dans le lit.

Obs. VIIe. — Juin 1842.—Thiard, âgé de 64 ans, présente une hernie inguinale à droite, datant de l'enfance. Depuis bientôt deux ans qu'il n'a pas quitté le lit, il a pris beaucoup d'embonpoint. Voici l'accident à la suite duquel il fut obligé de s'aliter. Le 29 décembre 1841, sans avoir rien éprouvé auparavant, il fut frappé, au moment où il urinait, d'une attaque d'apoplexie, et tomba par terre. Il fut traité chez lui pendant 12 jours, et transporté ensuite à Beaujon qu'il n'a quitté que pour se rendre à Bicêtre. Les suites de l'hémorrhagie cérébrale sont une paralysie du côté droit. Quant à la hernie, il n'en connaît pas la cause; elle a eu un volume plus considérable; cependant il n'a porté que des suspensoirs et jamais de bandage. Elle était sujette à de grandes variations de volume suivant la force et la durée du travail auquel il se livrait; et elle devenait aussi un peu douloureuse dans ces circonstances.

Le malade étant couché, l'on remarque du côté affecté un relief plus considérable que du côté sain. La hernie rend un son clair à la percussion, se réduit en bloc, et sans bruit de gargouillement bien sensible. Après sa réduction on peut avec le doigt explorer l'espace qu'elle occupait, en ayant la précaution, toutefois, de relever la peau de la bourse correspondante que l'on invagine dans le canal; sans cela on n'arriverait pas même à l'anneau externe masqué par un coussinet graisseux qui recouvre tout le pubis. Mais avec la précaution indiquée, on parvient facilement à reconnaître le vide assez notable que laisse le sac après sa réduction. Si l'on fait tousser le sujet, la hernie ressort brusquement comme si

elle s'échappait à travers un orifice étroit. Jamais depuis son alitement ce sujet n'a eu de rhume, et il se trouverait très satisfait de sa santé si la paralysie ne le forçait à garder le lit.

J'ai revu Thiard pour la dernière fois en juillet 1843, la hernie est absolument dans le même état.

Pour celui-ci, je regarde comme très probable que la hernie avait un collet, eu égard à la résistance que l'on éprouvait pour la réduction et cet aveu, bien que la constatation de l'autopsie fasse défaut, semble d'abord une concession à la doctrine de M. Demeaux. Mais de mon côté je demanderai comment il se fait que, dans l'espace de deux années, le collet, s'il existait, comme je le pense, n'ait pas produit la guérison? Pour moi il résulte bien clairement de la comparaison de ces deux faits que le séjour au lit ne favorise point le développement et l'organisation du collet; bien plus, je dirai que le séjour au lit, seul, n'a aucune influence sur lui.

On ne doit pas être étonné qu'ayant omis, dans ses études anatomiques sur le collet, des dispositions que je regarde comme si importantes, M. Demeaux ait été conduit à admettre pour sa formation des conditions tout autres que celles que j'ai observées. Mais si d'autre part il est démontré que les stigmates dont j'ai parlé ne diffèrent pas du collet du sac, qu'ils en forment l'élément essentiel, indispensable, je ne vois pas comment une théorie qui n'en tient aucun compte aurait la force de se soutenir. Du reste, comme le point de départ était mal assuré, les conséquences ne sont pas plus solides. Ainsi, M. Demeaux dit que le collet ne peut se former si les intestins descendent dans le sac, et les faits démontrent non-seulement que le collet peut se former incomplétement dans ces conditions, mais que quelquefois il peut s'organiser au point de produire l'étranglement. J'ai déjà rapporté dans ma première observation un très bel exemple de collet incomplet; on a vu que cet individu n'avait jamais porté de bandage, qu'il ignorait même s'il avait une hernie, et l'on se rappelle aussi qu'à l'autopsie je trouvai un stigmate très solide du côté interne de l'orifice; laissant de côté toute explication, on ne peut nier que les intestins ne fussent continuellement descendus dans cet infundibulum dont l'orifice était plus large que le fond, et qu'*ils n'eussent dû*, d'après l'opinion de M. Demeaux, *s'opposer à ce commencement de collet*. Dans le cas suivant, le collet était bien complet, et même séparé en deux par une bride fortement organisée.

Obs. VIIIe.—J'ai examiné le nommé Dubois le 18 mai 1842. Je remarquai en le faisant tousser un soulèvement au pli de l'aine du côté gauche, mais qui ne disparaissait pas tout à fait lorsqu'il était en repos. On voyait aussi une hernie interstitielle dans le canal inguinal du côté droit. Il m'assure ne s'être jamais aperçu de rien qui pût lui faire craindre une hernie. Je me proposai de l'examiner de nouveau, lorsqu'il mourut le 13 août suivant.

Autopsie.—On trouve à chaque anneau abdominal un infundibulum péritonéal plus marqué à droite qu'à gauche, présentant partout un aspect également rosé, excepté du côté de l'artère épigastrique où se voit un petit nuage blanchâtre. Ces petits sacs ont à peu près un centimètre de profondeur.

A l'anneau crural du côté gauche, on voit un fort stigmate d'un blanc mat, autour duquel viennent se rendre des plis plus ou moins longs. Deux des plus grands partent des cornes d'un orifice en croissant dont la concavité est tournée vers les vaisseaux cruraux; cet orifice conduit dans un petit sac de deux centimètres et demi de profondeur, et se trouve séparé d'un autre plus en dedans par une bride charnue de trois millimètres. De ces deux ouvertures, dont les grands diamètres sont perpendiculaires l'un à l'autre, la plus interne est située au centre du stigmate entre la bride de séparation et le bord du ligament de Gimbernat; l'autre se trouve en dehors du stigmate, et le péritoine qui forme son bord externe est parfaitement sain.

Du côté de la cuisse, la peau et le fascia superficialis enlevés, on aperçoit au dessous du ligament de Poupart et dans l'anneau de la saphène une tumeur graisseuse du volume d'une noix. Cette tumeur énucléée de la fosse ovale, et le péritoine de la région crurale détaché, on ne put même par une forte traction sur ce dernier attirer le sac dans l'abdomen. On éprouva beaucoup moins de difficulté à l'extraire par l'extérieur. On put observer après que ce sac passait à travers une ouverture d'un centimètre de diamètre tout au plus. Cet anneau

fibreux est pratiqué dans la partie du fascia transversalis, qui, du ligament de Gimbernat, se réfléchit sur la gaîne des vaisseaux fémoraux, comme l'a décrit M. Estevenet. Il y a aussi un anneau plus antérieur, formé en haut par la corne de l'anneau de la saphène qui se porte à l'épine du pubis avec le ligament de Poupart, et complété en bas par une bandelette fibreuse qui contournait le col du sac et se portait de la gaîne des vaisseaux sur la lame fibreuse du pectiné.

Ce qui doit surtout étonner dans ce fait, c'est la hernie crurale dont l'existence n'avait jamais été connue du sujet, mais dont je m'étais douté lorsque je l'examinai. Les intestins ne sortaient probablement plus à cette époque, car ce qui avait éveillé mon attention de ce côté, c'était plutôt la tumeur que l'impulsion communiquée au doigt par la toux. Ce rétrécissement du col herniaire m'a paru être le résultat d'adhérences des orifices formées en plusieurs temps. Si, en effet, on fait abstraction de la bandelette charnue qui sépare les deux ouvertures constatées, on aura reconstitué l'orifice du sac, et l'on verra que, comme chez Lecoq, le collet doit avoir commencé du côté du ligament de Gimbernat; car, sur le péritoine du bord externe de l'orifice en croissant qui formait celui du sac primitif, on n'observe pas le moindre stigmate, tandis que l'autre orifice, qui se trouve plus en dedans, et qui formait la partie de l'ancien orifice qui était en rapport avec le ligament de Gimbernat, présente de ce côté un rebord saillant et blanchâtre. Quant à la bride qui séparait ces deux ouvertures, je pense qu'elle était consécutive à quelque irritation produite peut-être par le pincement de l'intestin dans l'anneau fibreux si étroit. Cette irritation a donné naissance à une pseudo-membrane qui, en s'organisant, a barré le passage aux viscères, et la guérison, commencée de cette façon, tendait à se compléter par le développement de graisse dans les enveloppes du sac.

Il est facile de comprendre que si chez ce sujet un effort subit eût fait rentrer les intestins dans cet ancien sac à demi oblitéré, le rétrécissement du collet aurait déterminé un étranglement des plus intenses. Mais sans nous arrêter à de simples déductions, toutes légitimes qu'elles puissent être, montrons tout de suite un étranglement mortel produit par un collet spontanément développé, sans séjour au lit et sans pression de bandage.

Obs. IXe. — Le nommé Faule s'était aperçu depuis un an d'une hernie inguinale volumineuse à droite dont il ignorait la cause. Il n'avait jamais porté de bandage pour cette hernie : c'est ce que lui et sa famille ont affirmé à plusieurs reprises. Il se bornait à la réduire lorsque, étant sortie, elle lui occasionnait quelques coliques. Le 25 mars 1842, cette hernie s'étant étranglée, le sujet succomba aux suites de l'étranglement. Il était âgé de 82 ans.

A l'autopsie on apporta beaucoup de soin pour constater le siége de l'étranglement; parce que le malade n'avait jamais porté de bandage, on s'attendait à le voir produit par un anneau fibreux. Il n'en fut rien, l'étranglement siégeait au collet du sac, « qui était épaissi, dur; et le « fond du sac était blanchi par des cicatrices pareilles à celles des brûlures. »

Quelque ingénieuses que soient les théories, elles n'auraient aucune utilité si elles n'étaient l'expression de faits observés avec soin. Je crois avoir établi clairement la marche et le mécanisme que suivent les stigmates pour constituer le collet du sac, les causes et les conditions dans lesquelles celui-ci se forme. Je terminerai ce travail par deux observations de guérison complètes, l'une et l'autre déterminées par la pression du bandage, et opérées par l'organisme. Dans l'une il n'y avait eu aucune réaction inflammatoire; il s'est fait une adhérence par desséchement; l'autre, au contraire, venait d'être le siége d'une inflammation violente, et la lymphe plastique exsudée a servi de moyen de guérison, et par ces deux faits se trouveront légitimées les deux sortes de guérisons au col du sac que j'avais établies au commencement de ce mémoire.

Observation X.—Ferrero, âgé de 77 ans, est porteur d'une hernie scrotale à droite; il y a 29 ans, en voulant soulever une malle du sol pour la mettre sur son dos, il ressentit un craquement à l'aine, et peu après il fut obligé de prendre un bandage. Il vient aujourd'hui 17 avril 1842 changer celui qu'il a pour un nouveau. La hernie est entièrement intestinale, résonne à la percussion, se réduit très bien et avec gargouillement. J'engage le sujet à ne point quitter son bandage et à le garder même étant au lit. Quelques mois plus tard, ce

sujet passa en médecine pour une affection de poitrine à laquelle il a succombé le 25 juillet 1842.

Autopsie.—La peau et le fascia superficialis enlevés, on voit l'anneau externe dont les bords distendus se perdent insensiblement sur le fascia qui s'en dégage; entre ce dernier et la cavité du sac herniaire oblitérée par des adhérences faciles à détruire, il y a une couche blanchâtre, épaisse, sans élasticité et qu'on peut subdiviser en plusieurs autres couches presque de même nature. Au fond du scrotum ces enveloppes sont si épaisses, qu'elles ont une consistance presque cartilagineuse; elles sont friables et ne sont séparées du testicule que par la tunique vaginale. L'abdomen ouvert, apparaît l'orifice du sac herniaire situé en dehors de l'artère épigastrique, et garni vis-à-vis d'elle d'un stigmate très fort, marqué de deux taches d'un noir d'ébène de quatre à cinq millimètres de largeur. Si l'on enfonce le doigt dans cet orifice, on est arrêté au niveau de l'anneau externe; et le canal ouvert ainsi que le sac dans toute leur étendue, on trouve dans celui-ci que les adhérences se sont faites suivant une ligne oblique de haut en bas, de dehors en dedans, entre la face antérieure et la face postérieure; ces adhérences ne sont pas très intimes, et permettent de passer un stilet du fond du sac interstitiel, dans la portion du sac oblitérée, à travers de petits conduits qu'ont respectés les adhérences.

Il me paraît démontré dans ce cas, par la direction et le siége des adhérences que nous avons constatées au col, qu'elles ont été déterminées par la pression de cette partie entre la pelote du brayer et le ligament de Poupart; et pour mon compte je n'ai pas à cet égard le plus léger doute.

Dans l'observation suivante, la guérison ayant été effectuée à la suite d'un pseudo-étranglement (dont nous avons vu un autre fait dans la 2e observation), on verra combien les justes prévisions de M. Malgaigne, consignées page 44 et suivantes de son mémoire remarquable sur l'*Inflammation simple des hernies,* sont encore plus promptement réalisables que n'osait l'espérer ce chirurgien; car la guérison a ici été complète.

Observation XI.—Nieoud, âgé de 71 ans, est entré le 10 octobre 1841, à l'infirmerie de Bicêtre, pour des accidents survenus à une hernie inguinale gauche, qui date de 10 ans. Il en a une autre, beaucoup moins ancienne, à droite, dont la cause lui est tout aussi inconnue que celle de la première; il ne porte un bandage que depuis quatre ans, et le dernier qu'il avait laissait couler quelquefois la hernie sous lui. Le 9 octobre, il revenait de la Glacière, portant trois bûches de bois, pesant ensemble une trentaine de kilos. A l'entrée de l'hospice, il rencontra un de ses camarades qui l'entraîna chez un marchand de vin; il était huit heures du matin. Sur les dix heures, après de nombreuses libations, il sentit que la hernie gauche était sortie et douloureuse; il essaya de la faire rentrer, mais en vain. Elle était dure et tendue; la douleur était tellement forte, qu'il lui semblait, disait-il, qu'on lui arrachait l'estomac. Rentré dans son dortoir, il fit de nouvelles manœuvres pour la réduire; elles n'aboutirent qu'à exaspérer les douleurs. Il ne put dormir de la nuit; déjà il éprouvait des nausées. Le 10, sur les six heures du matin, il eut un vomissement, peu après une selle; il alla prendre un bain de deux heures, espérant, mais inutilement, obtenir la réduction. Il eut quelques vomissements dans la matinée, et, sur les deux heures après midi, il se décida à monter à l'infirmerie. Deux internes appelés immédiatement, firent quelques tentatives de taxis, administrèrent ensuite un lavement de tabac, puis essayèrent encore de réduire, mais toujours sans succès. Le malade avait bien eu deux selles depuis la veille, mais les matières des vomissements qui se répétaient, avaient l'odeur de matières fécales; on alla alors chercher M. Malgaigne qui, après quelques mouvements imprimés à la tumeur, la fit rentrer, à la grande satisfaction du malade, qui se trouva subitement soulagé. La douleur qui commençait à s'irradier dans l'abdomen, était bornée le lendemain au sac et à la fosse iliaque correspondante; suivant l'instruction de M. Malgaigne, je profitai de cette inflammation du sac pour appliquer un bandage; je favorisai même l'action de la pelote, à l'aide de compresses graduées, pour rendre la pression plus exacte; et, grâce à ce moyen et au séjour au lit, j'eus la satisfaction de voir la douleur disparaître, et lorsque le malade sortit, le 17 octobre, la hernie n'avait pas encore reparu. Je l'engageai à ne jamais quitter son bandage, lui promettant une guérison certaine, s'il suivait mon avis.

Une année s'est écoulée depuis que Nieoud est sorti du service de chirurgie; dans cet intervalle de temps je l'ai examiné plusieurs fois, et jamais je ne pus retrouver la plus petite

saillie à l'aine gauche, soit qu'on le fît tousser, se baisser, etc. Il porte toujours le bandage qui n'est plus une gêne pour lui, et qui l'assure contre toute chance de récidive de ce côté.

J'aurais pu apporter un plus grand nombre de faits à l'appui des idées émises dans ce mémoire, en puisant, soit dans les observations de M. J. Cloquet, soit dans les miennes propres; mais j'ai craint de fatiguer le lecteur. Du reste, comme plusieurs de ces observations, outre les phénomènes qui se passent au collet, en renferment d'autres non moins curieux, ainsi qu'on a pu le voir par le fait de Dubois, j'espère y revenir dans un travail plus complet sur les modes de guérisons des hernies autres que celles qui sont produites par le collet du sac.

Je crois pouvoir toutefois, des faits qui précèdent, tirer les conclusions suivantes :

1° Que le mécanisme de la formation du collet du sac est tout autre que celui qu'a imaginé M. Demeaux ;

2° Que le collet n'a par lui-même aucune force de coarctation, mais qu'on peut le considérer comme un progrès vers la guérison, par la raison qu'il résiste énergiquement à la force distendante des viscères ;

3° Que le collet peut se former en l'absence du brayer tout comme sous l'influence de ce dernier ;

4° Enfin que l'influence du bandage et du séjour au lit n'est pas la même sur les hernies, et qu'on peut les considérer comme deux moyens de thérapeutique excellents, mais différents dans leur manière d'agir.

Note sur l'hydrophthalmie et l'exophthalmie en Afrique ; *par le docteur* S. Furnari (1).

L'hydrophthalmie est très fréquente en Afrique ; elle affecte de préférence la classe juive et mauresque : rarement elle sévit contre les Arabes, presque jamais contre les Européens. L'hydrophthalmie n'est jamais instantanée; elle est ordinairement lente dans sa marche, et presque toujours le résultat d'une dégénérescence quelconque des parties constituantes du globe de l'œil. Nous avons observé plusieurs cas d'hydrophthalmie de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée parmi les juifs d'Oran, d'Alger, de Bone et de Constantine ; dans la plupart des cas ces hydrophthalmies étaient accompagnées d'affections scrofuleuses chroniques, ou suivies d'exanthèmes répercutés brusquement. C'est dans ces cas seulement et lorsque la maladie est très ancienne que la dégénérescence des membranes peut avoir lieu; alors presque tous les tissus de l'œil sont ramollis, la membrane de l'humeur aqueuse et la cornée devenues opaques et obscurcies ; le cristallin cataracté, et les parties postérieures de l'œil plus ou moins dégénérées, quelquefois même carcinomateuses.

Quant à la question de l'hérédité chez les personnes affectées d'hydrophthalmie en Afrique, je m'en réfère à ce qui a été dit par M. Grellois dans son excellente thèse inaugurale sur l'hydrophthalmie. Des observations faites par ce praticien il résulte : 1° que chez les hydrophthalmiques étudiés à Alger, il est rare que le père et les enfants ne soient pas atteints du même mal, et que l'affection ne frappe jamais l'Européen, le soldat, quelles que soient les circonstances défavorables où le jettent les chances de la guerre. De là ne pourrait-on pas conclure à la transmissibilité héréditaire de l'hydrophthalmie, puisque, d'une part, elle attaque ordinairement plusieurs générations d'une même famille indigène et que, d'une autre part, elle épargne les étrangers quelles que soient les cir-

---

(1) On sait que M. Furnari a été chargé par le gouvernement d'une mission scientifique en Algérie ; il a donc été mieux que personne à même de voir et de bien voir. Aussi pensons-nous qu'on lira avec intérêt la note suivante, extraite d'un travail plus considérable qu'il prépare en ce moment.

(*Note du Rédacteur.*)

constances dans lesquelles ils se trouvent placés? Cependant, pour que cette conclusion fût rigoureuse, il faudrait qu'on eût observé cette maladie sur un sujet né de parents hydrophthalmiques, mais soustrait à l'empire des causes habituelles ; et cette expérience n'a pas pu encore être faite.

Parmi les causes de l'hydrophthalmie en Afrique, M. Grellois cite la blancheur éclatante des maisons et des terrasses qui, reflétant les rayons d'un soleil ardent, exercent une action spéciale sur l'organe visuel, d'où résulte fréquemment l'hydrophtalmie soit *primitive*, soit *consécutive* à une ophthalmie. « Cette dernière influence (celle de la blancheur des maisons), dit M. Grellois, me paraît tellement puissante que, dans un court séjour que j'ai fait à Bone, où les maisons sont blanchies comme à Alger, j'ai rencontré cette affection un aussi grand nombre de fois proportionnellement, tandis qu'à Bougie où cette circonstance n'existe pas, je ne l'ai point vue pendant un séjour de huit mois. N'est-ce pas un douloureux spectacle que de voir dans les étroites rues d'Alger des files de six à huit aveugles se suivant les uns les autres, et se servant réciproquement de conducteurs? Chez presque tous la cécité est due à l'hydrophthalmie. Formons des vœux pour qu'une sage administration ramène bientôt ces infortunés à une condition plus heureuse. »

Tout en admettant avec M. Grellois que la blancheur éclatante des maisons contribue en partie à la production des ophthalmies, nous croyons cependant qu'il lui accorde une importance exagérée ; car dans les tribus, et même dans les plus petits Douairs, l'ophthalmie est tout aussi fréquente que dans les villes blanchies de Constantine, d'Alger et de Bone ; et cependant dans les Douairs, non-seulement il n'y a pas de maisons peintes, mais il n'y a pas même de maisons ; il n'y a que des tentes, et elles sont d'un gris noirâtre. Mais en supposant que la blancheur soit une des principales causes des ophthalmies, on ne peut pas du moins admettre qu'elle produise des hydrophthalmies *primitives ;* car l'expérience journalière prouve que l'action continue des couleurs trop vives, en produisant quelques conjonctivites primitives affecte, plutôt le nerf optique et la rétine que les humeurs aqueuse et vitrée de l'œil.

Nous croyons plutôt que l'hydrophthalmie est souvent, en Algérie, symptomatique, d'une affection générale et surtout d'un vice scrofuleux ; comme en Europe, elle reconnaît aussi pour cause principale l'influence des vicissitudes atmosphériques, la mauvaise alimentation, et les habitations humides et marécageuses.

Le traitement de l'hydrophthalmie doit consister dans les moyens antiphlogistiques les plus énergiques au début de la maladie ; et lorsqu'elle est consécutive à une affection générale il faut la combattre par la manière la plus appropriée à la nature du mal. Dans les cas où l'hydrophthalmie est très opiniâtre et où l'œil a acquis un volume tellement considérable qu'il ne peut plus être abrité par les paupières ; lorsqu'enfin l'air et les corps étrangers irritent et ulcèrent l'organe jusqu'à produire des douleurs très vives qui se transmettent à l'encéphale, il faut recourir à la paracenthèse de l'œil, ayant soin de vider l'humeur aqueuse à l'aide d'une incision faite avec un couteau à cataracte et non avec la ponction, comme le conseillent quelques auteurs. Si ce moyen palliatif ne réussit pas et que l'œil se remplisse d'humeur une seconde fois et fasse saillie hors de l'orbite, l'excision complète de la cornée pour vider l'organe devient indispensable. Enfin si, malgré cette dernière opération, l'œil présente des excroissances fongueuses et carcinomateuses (1) qui, en transmettant l'inflammation au cerveau et à ses enveloppes, fini-

---

(1) Dans quelques cas d'hydrophthalmie, la dégénérescence de l'œil après l'excision de la cornée est tellement précoce, qu'en peu de jours l'œil devient aussi volumineux qu'avant l'opération ; nous avons observé trois cas de cette nature dans notre dispensaire, et tout récemment nous avons vu à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bérard, une jeune fille hydrophthalmique dont on avait vidé complétement l'œil, se présenter à la Clinique six jours après l'excision de la cornée, ayant à la place de l'œil une excroissance noirâtre de mauvaise nature, ce qui a nécessité immédiatement l'extirpation du globe.

raient par amener peu à peu la mort du malade ; il faut se hâter d'extirper le globe de l'œil.

L'hydrophthalmie, ainsi que nous venons de le dire, est toujours lente dans sa marche, et l'œil ne peut sortir de l'orbite qu'à la longue et après un commencement de dégénérescence du tissu. Dans l'exophthalmie au contraire, l'œil peut grossir jusqu'au double de son volume ordinaire en très peu de temps, et même dans l'espace de 24 heures ; je crois qu'en Europe cette rapidité effrayante du mal est excessivement rare, tandis qu'en Afrique elle est au contraire très fréquente.

Nous allons rapporter ici un cas que nous avons observé avec le médecin en chef de l'hôpital de Constantine, M. le docteur Vital, sur une mauresque de cette ville. Cette observation est remarquable par la rapidité avec laquelle la maladie a marché ; et par sa disparition sans laisser aucune trace de lésion organique dans l'œil ni aucun dérangement dans les fonctions visuelles.

Zora-Ben-Zobdallah, fille publique, âgée de 13 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant le matin lavé son linge à l'époque de l'apparition des règles, se couche pour faire la *sieste ;* lorsqu'elle se réveille, vers les trois heures de l'après-midi, l'œil devient le siége de douleurs très vives et d'un sentiment de tension très prononcé ; les paupières engourdies ne permettent pas l'ouverture du globe oculaire ; 24 heures après la période d'invasion, l'œil a deux fois son volume ordinaire, il présente au toucher une dureté considérable ; la vue est complétement abolie ; au cinquième jour, la conjonctive très injectée offre des vascularisations très prononcées vers la circonférence de la cornée ; cette dernière membrane, malgré son agrandissement proportionnel, reste transparente et lucide. L'iris conserve sa coloration naturelle, mais il est poussé en avant au point d'oblitérer presque complétement la chambre antérieure ; les parties postérieures et internes de l'œil, poussées en avant, n'offrent rien qui ne soit à l'état normal. Vers le septième jour, l'apparition des règles fait disparaître la douleur ; le globe diminue de volume à mesure que le sang menstruel devient plus abondant, et au bout de dix jours la malade est tout à fait guérie.

Un officier distingué du service de santé, demeurant à Alger, a éprouvé lui-même, à la suite d'une violente congestion vers la région orbitaire, les attaques de cette terrible maladie.

L'exophthalmie se guérit promptement ; mais il faut se hâter d'employer un traitement énergique dès le début ; les saignées abondantes et répétées, les dérivatifs de toute espèce sont indiqués. Le malade doit être soumis à une diète rigoureuse ; les résultats consécutifs de l'exophthalmie ne sont pas en rapport avec la violence de l'invasion ; tout au plus ceux qui en ont été affectés ressentent-ils pendant quelques temps une pesanteur dans l'œil et quelques légers symptômes de mouches volantes.

Mémoire sur l'application du froid en thérapeutique ; *par* M. Alliot.

Parmi les nombreux agents compris dans la sphère de l'art de guérir, il en est peu qui soient soumis à des conditions plus délicates d'application, et dont il faille mieux connaître les lois spéciales dans leur mise en rapport avec l'économie humaine, que le froid. On ne se convainc, d'abord, nulle part plus ostensiblement qu'ici, de la proportion qui doit exister entre le moyen que l'on met en œuvre et la fin qu'on se propose, entre la cause à combattre et le degré des ressources qui doivent lui être opposées. Si l'action est trop puissante, elle dépasse le but au détriment de la nature ; si elle est trop faible, elle n'y atteindra pas ; le principe morbide est incomplétement saisi ; on n'arrête qu'à demi ses ravages. Le praticien, appréciant tout à la fois le modificateur que l'art ou son génie lui livre et le mal qu'il s'agit de dompter, doit donc faire concorder, et pour la mesure et pour la durée, l'un à l'autre. Ses insuccès, pour la plupart du temps, ne vien-

nent que du défaut d'harmonie entre les deux termes ; mais pour calculer avec une précision suffisante l'énergie relative des éléments que l'on va commettre aux prises, combien ne faut-il point de connaissances déliées, puisées dans les faits observés avec autant de profondeur que de sagacité, et restées avec leur cachet toujours pur, sans altération ni confusion, dans les cadres d'un entendement fidèle. Cherchons à déterminer, d'après l'expérience, les lois intéressantes de l'agent soumis à notre examen.

Un jeune homme se brûle au doigt légèrement : application de la glace ; douleurs intolérables. Il pose son doigt dans son mouchoir qui ne lui offre qu'une fraîcheur ordinaire, et change de place à mesure que celle qu'il occupait se réchauffe, aucune douleur ne se fait plus sentir ; l'harmonie établie entre le froid et le degré de la souffrance la fait disparaître.

Une femme se brûle la main et le bras dans un naissant incendie. Rougeur vive du membre, chaleur violente, gonflement. On applique de la pulpe de pomme de terre râpée, selon qu'il est assez d'usage dans ces sortes de cas ; mais l'impression du froid que ce topique communique est trop faible, le bras s'embrase d'ardeur et la malade cherche en vain quelque soulagement. Alors application d'eau à la glace, puis de la glace pilée et mise dans une vessie ; bien-être inexprimable. L'agent de destruction est combattu par un élément qui soutient et neutralise ses efforts. Au bout de trente-six heures, disparition complète des symptômes.

C'est là, dans son véritable sens, la célèbre loi de *tolérance*, du systémateur Rasori ; loi juste, rigoureuse, considérée dans la mesure comparative du mal avec la force du remède ; mais vicieuse et homicide entre les mains des partisans de la secte rasorienne, lorsqu'ils n'examinent point assez si, en succombant, l'affection qu'ils attaquent n'en fera pas surgir une autre sous l'empire des remèdes qui vont lui être appliqués, même efficacement. L'instant où la nature se soulève à la présence d'un remède, n'est pas toujours celui où elle commence à en être blessée. Tous les poisons ne révoltent pas les organes où ils déposent des germes de trépas. On peut enchaîner un malheureux dont on ouvre le sein ; ainsi des remèdes. Et leurs pernicieux effets dans des situations pathologiques graves, sont d'autant plus perfidement masqués, qu'un mal plus avancé absorbant la puissance de la sensibilité, et faisant saillir davantage ses traits à travers tous les organes, empêche les autres d'être remarqués. Celui qui, dans l'ivresse ou le transport d'une soudaine passion, se rompt un membre, ou reçoit une atteinte mortelle sans le sentir, n'en est pas moins meurtri ou frappé à mort ; que prouve alors la tolérance des organes? On a vu plus d'un malheureux, boire, dans le délire, une liqueur meurtrière, et n'en éprouver que des impressions bienfaisantes, à l'instant même que son action dévorait sourdement dans les entrailles les principes de l'existence.

Le froid, dans ses autres règles d'emploi, semble se jouer de toutes les présomptions que la raison pourrait hasarder par avance. Si la sensibilité la plus exquise, le délabrement de la constitution la plus épuisée, ou la nature invétérée du mal, en rendent quelquefois pernicieux les effets, ils lui présentent, dans d'autres cas, les occasions de ses plus beaux triomphes.

Deux jeunes personnes de Craon, sœurs, âgées de 19 à 22 ans, l'une d'une sensibilité excessive, et l'autre plus calme, sont prises en même temps, au milieu de la plus florissante santé, d'une fièvre ataxique. On applique à toutes les deux une calotte de glace sur la tête. Cette application pacifie les accès de la malade moins sensible, mais accroît les mouvements désordonnés de l'autre qui succombe bientôt. J'ai vu, nombre de fois, la glace à la tête amener la même issue sur des sujets qui présentaient des attributs semblables de constitution.

La mamelle est un autre organe où l'exaltation morbide d'une sensibilité vive ne laisse à l'usage médicatif du froid que des chances de nocuité.

Madame N..., épouse d'un adjudant de place au château de Vincennes, vint, en 1831, me demander des conseils pour une tumeur au sein droit, dure, violacée, à large base, occupant presque toute la glande, et dégageant une chaleur élevée ; elle datait de quinze

à dix-huit mois. Tous les remèdes à peu près connus avaient été vainement épuisés ; la marche rapide du mal ne s'était point ralentie. Je tentai alors le froid gradué ; les souffrances s'exaspérèrent, et la persistance dans ce moyen eût amené infailliblement des convulsions. Les sangsues mises en grand nombre avaient de même empiré l'état de madame N... Et, chose remarquable, lorsque le froid a échoué au sein, à l'organe encéphalique et dans quelques affections des articulations avec légère chaleur, j'ai vu constamment les émissions sanguines par les sangsues aggraver les phénomènes ou demeurer sans résultat. La piqûre de ces animaux, et le sang qu'ils enlevaient à l'économie, la livraient parfois à des spasmes cruels. J'ai répété sur vingt sujets les épreuves du froid gradué et continu au sein, dans les circonstances de cancers invétérés et d'organisation irritable, sans avoir eu jamais à m'en applaudir. Les névralgies des mêmes régions n'ont point subi, sous cette influence, de modifications plus heureuses.

Madame Kan, de Mitry, ressentait dans les tissus profonds du sein gauche, sans tuméfaction du reste ni rougeur, une chaleur dévorante et des angoisses accompagnées d'intervalles de rémission. Des personnes du lieu, à demi-initiées, lui conseillèrent d'appliquer à côté du sein un vésicatoire; mais l'irritation produite par ce dérivatif s'étendit jusque dans la glande, et compliqua d'un cancer commençant l'affection primitive qui n'en subsistait pas moins dans toute son intensité. Le froid gradué fut essayé avec toutes les précautions que la prudence peut suggérer pour en limiter l'irradiation et en assurer le succès ; mais il ne tempéra point la souffrance, et n'apporta aucune modification propice à la tumeur ; il fallut l'interrompre. Une demoiselle, fixée dans la même habitation, et affligée de la même maladie, n'en recueillit aucun bien. Combien d'autres femmes ne peuvent découvrir, sans des sensations pénibles, leur sein malade, tant l'impression du froid y suscite de funestes effets!

L'œil, lorsqu'il est très sensible, se trouve mal des atteintes ou du contact du froid dans ses affections chroniques. Madame M..., sage-femme à Villers-Cotterets, a habituellement l'œil d'une excitabilité fort exquise. Par intervalles, cette disposition s'élève au degré d'acuité morbide; mais le froid y détermine toujours de la douleur, et des applications douces y appellent le bien-être (1).

M. F..., opéré d'un staphylôme, et ayant, depuis cette opération, l'œil très affectible, ne peut supporter le froid, encore moins l'impression d'un air frais et humide. L'eau pure et adoucie, dans les moments d'exaspération, replace l'organe dans un état beaucoup meilleur.

On serait tenté de conclure de ces faits que le froid est inopportun dans les affections anciennes surtout, où les lésions de la sensibilité dominent, c'est-à-dire où les nerfs sont principalement offensés. Il n'en est point ainsi.

M. X..., de Senlis, d'une taille courte, d'un tempérament sanguin, âgé de près de cinquante ans, souffrait depuis treize ans d'une névralgie très douloureuse et habituelle de la face. Presqu'à chaque instant des accès soudains avaient lieu, et forçaient le malade à des contorsions bizarres, signes trop expressifs de ses secrètes angoisses. Traité à Paris par A. Dubois et d'autres, et dans sa ville par les médecins du lieu, il n'avait point vu s'améliorer sa situation. Le désir d'être affranchi d'un ennemi si opiniâtre, lui faisait prodiguer les plus magnifiques promesses. Je l'entrepris, et la première des méthodes de traitement que je lui exposai comme devant être successivement pratiquées pour opérer une guérison durable, fut le froid gradué. On appliqua donc sur la face, pendant deux jours, des linges que l'on imbibait d'eau tiède de temps en temps. Les mêmes linges, restés d'une manière permanente sur les trajets du mal, furent humectés d'eau seulement dégourdie, les deux jours suivants. De l'eau très peu froide fut appliquée le cinquième jour du traitement; puis de l'eau froide vive, enfin de la glace pilée et conte-

(1) Je viens de revoir cette dame; la sensibilité de l'œil étant diminuée, les bains froids lui font beaucoup de bien; mais l'air frais et chargé d'humidité lui rend toujours très pénible la vision.

nue dans une vessie. Neuf ou dix jours à peine écoulés, la douleur se calma; plus de torsions de la bouche, plus d'indices d'intimes déchirements; tout le monde contemplait ce changement avec surprise. Mais cet homme avait fait, comme tant d'autres, des promesses qu'il n'entrait guères dans son intention de tenir. Se croyant guéri sans retour, et pensant n'avoir plus besoin de mes conseils, il se garda bien de venir en solliciter la continuation. Je ne le revis plus; mais trois ou quatre mois après le mal assoupi avait reparu.

Madame Gaillet, de Saint-Patu, âgée de près de cinquante ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, était, depuis quatre années, époque d'une perte douloureuse dont elle se montrait inconsolable, en proie à des mouvements convulsifs périodiques, et à des maux de tête qui lui laissaient peu d'intervalles de relâche. Son aisance lui permit de recourir aux conseils des hommes les plus célèbres et d'en varier les prescriptions, mais elle les trouva peu efficaces. Elle voulut bien, vers le milieu de 1832, me faire appeler. Je lui conseillai, avec un régime sage, pour toute médication, de se promener le matin, excepté les jours humides, la tête d'abord peu couverte, ensuite nue un demi quart-d'heure, après un quart-d'heure, enfin plusieurs heures le même jour, et de se laver en outre le front et les tempes trois ou quatre fois dans la matinée avec de l'eau fraîche. Au bout de cinq mois d'un traitement si facile, où le froid gradué fut le seul agent de curation, madame Gaillet n'éprouvait plus de convulsions ni de névralgies cérébrales, et la guérison, ne s'est pas démentie depuis un seul instant.

Les érysipèles simples, sous l'action du froid même non gradué, ont disparu constamment dans l'espace de deux fois vingt-quatre heures, ou de trois jours pour la plus longue durée. On va voir que d'autres inflammations plus graves de la peau ont cédé d'une manière non moins étonnante.

M. A..., négociant à Paris, âgé de cinquante-cinq ans environ, homme épais, d'une haute stature, d'habitudes peu tempérantes, visibles sur sa figure fortement coloriée, présentait sur toute la surface interne de la cuisse gauche et de la jambe correspondante, un gonflement avec rougeur vive, chaleur ardente, et des squammes dartreuses qui, des nombreuses découpures qui les sillonnaient, laissaient suinter des filtres d'humeur purulente. Je fis appliquer sur toute cette surface, pendant vingt-quatre heures, de l'eau légèrement dégourdie au feu. Ce temps expiré, un demi jour d'eau fraîche succède; ensuite de la glace que l'on broie et que l'on enveloppe d'une vessie, ou que l'on se contente quelquefois de trancher par larges morceaux, pour les faire reposer à nu sur les chairs; après deux jours seulement de cette dernière application, plus de symptômes inflammatoires, ni de suintements d'aucune sorte; la desquammation s'opère heureusement sur le membre rentré dans les limites de son état naturel.

Les phlegmons avortent, ou l'intensité des symptômes se pacifie sous l'empire de cette méthode curative. Pendant plusieurs années, habitant des pays assez pauvres, je n'ai pas traité autrement les engorgements récents et aigus de la glande mammaire.

Madame Sansonnet, d'Ormes, jeune femme d'une trentaine d'années, avait reçu dans le sein un coup qui occasionna bientôt une tuméfaction douloureuse. L'organe se durcit, devint rouge et brûlant. Consulté le troisième jour, je fis appliquer sur le mal des compresses que l'on arrosa jour et nuit d'une eau fraîche récemment puisée à la source. Au bout de trois jours, guérison aussi entière qu'on pouvait le souhaiter.

Une jeune domestique fut frappée à la mamelle droite de la corne d'un taureau irrité. Appelé un mois après je trouvai le sein gonflé, livide, développant une haute température; des douleurs lancinantes commençaient à le traverser; la même indication fut prescrite; en même temps tisane rafraîchissante et diète. Le sein s'amollit peu à peu, s'abcèda, et, après une vingtaine de jours de suppuration, l'ulcère fut parfaitement cicatrisé.

Dans ces circonstances, ma plus grande difficulté était de persuader aux malades qu'un moyen si ordinaire que l'eau fraîche, et qui ne coûtait que la peine de vouloir en faire usage, fût susceptible d'apporter quelque soulagement.

On sait que le froid s'applique pareillement avec avantage à l'extérieur dans les péritonites intenses. Il calme les battements épigastriques dans les ardeurs de l'estomac, même sur des personnes délicates. Il ne réussit pas moins dans les affections nerveuses, dont il est si difficile de triompher ordinairement, lorsqu'on l'administre à l'intérieur.

Mademoiselle Euphémie Lefébur, de Provins, âgée de vingt-deux ans, d'une taille moyenne, grêle, amaigrie, douée d'une sensibilité rare, vomissait depuis six années. A des douleurs fréquentes de tout l'abdomen se joignait une insomnie opiniâtre, des brisures de membres, des maux de tête habituels, de suffocantes palpitations, et tous les symptômes secondaires qui dérivent constamment de ceux-là et qu'il serait superflu d'énumérer. Malgré les avantages d'une condition aisée et des occupations douces, l'existence lui était devenue insupportable. Une maladie si ancienne, si grave, dans un organisme épuisé, ne me laissa entrevoir d'autres chances de salut que dans le froid gradué, et l'emploi des médications extérieures et dérivatives, propres à seconder les effets de celle-là. Après avoir fait garnir sur plusieurs points le corps de la jeune malade de pièces de flanelle propres à circonscrire le rayonnement du froid, et à concentrer ses impressions sur l'organe affecté, je fis d'abord prendre, d'espace en espace, durant le jour, de l'eau médiocrement fraîche et battue, pour en rendre l'ingestion plus propice en l'imprégnant d'air atmosphérique, mais à la dose d'une seule cuillerée à la fois. On s'éleva, au bout de huit jours, à la dose d'une cuillerée toujours à l'eau vive sortant de la source, et enfin à la glace qui fut continuée par petits fragments pendant trois mois. On appliquait, concurremment avec cette prescription, vers le soir, sur le centre épigastrique, des cataplasmes d'une température douce, faits de farine de graine de lin cuite dans une décoction de guimauve, avec addition d'une once de thériaque. Chaque matin des frictions de teinture de cantharides étaient pratiquées aux jambes pour y rappeler la chaleur et stimuler la circulation ; la malade prenait, très peu à la fois, des aliments légers, que l'on put augmenter insensiblement, à mesure que l'estomac reprenait sa première énergie. Au bout de quatre mois, cette malade m'écrivait ces propres paroles que je vais rapporter textuellement : « Je ne vomis plus, l'appétit et le sommeil ont reparu ; je me trouve dans un autre monde, et je rends tous les jours grâces à Dieu d'un état si différent de celui où j'étais naguères. » Des nouvelles ultérieures, plusieurs mois après cette lettre, m'ont appris que cette cure recevait des épreuves du temps son dernier sceau, et que la santé continuait à refleurir.

D'après ces expérimentations diverses, on remarque que, ni l'ancienneté du mal, ni la délicatesse extrême d'un tempérament fragile et anéanti, ne sont une contre-indication rationnelle à l'application du froid gradué aux névroses de l'estomac ; de même aux névralgies de la face, et aux affections du cerveau. Une observation que j'ai consignée dans la *Gazette médicale*, démontre que dans les mêmes circonstances le même remède peut être également employé pour les ulcères cancéreux de la matrice, et qu'il offre une ressource précieuse dans les cas désespérés. Les tentatives infructueuses auxquelles je me suis livré sur un grand nombre de sujets affectés de cancers invétérés à la mamelle, témoignent, il est vrai, que ces maladies redoutables échappent à l'influence de ce moyen puissant de curation. Je suis loin cependant d'accepter dans leur sens absolu ces exceptions affligeantes, et je présume qu'en plongeant les sujets qui portent des affections cancéreuses de la mamelle dans un bain chaud, comme je l'ai fait quelquefois pour des affections de l'utérus, et bornant le contact du liquide froid au sein, on pourrait faire arriver exclusivement sur le mal des affusions graduées qui, étant puissamment contrebalancées par la haute température de toutes les autres parties du corps, n'auraient aucun mauvais résultat sur le système nerveux, et dompteraient efficacement, dans cette innocuité générale, la nature d'un mal dévorant qui fait grâce à peu de victimes. Au fait, il n'y a point de convulsions ni d'angoisses possibles sans la perception définitive de l'encéphale ; mais, dans les cas exposés, l'impression du froid, n'arrivant à l'organe central qu'avec l'impression

d'une chaleur assez vive appliquée sur toute la périphérie de l'organisme, trouverait en elle un contrepoids à ses excessifs résultats. Je me propose, à la première occasion, de l'employer d'une manière différente encore, en faisant alterner sur la mamelle les affusions chaudes et les contacts réfrigérants à des mesures différentes, méthode qui aurait quelque analogie avec ce que l'on nomme les bains russes. Toutefois, c'est une maxime éternelle de l'application du froid, qu'il produit des effets d'autant plus heureux et d'autant plus sûrs, que la chaleur en limite mieux l'action aux organes qu'il doit soulager. Le calorique détermine, en effet, dans les régions demeurées saines, dont il dilate les tissus, une salutaire dérivation, en y appelant le torrent des humeurs, et disséminant au loin, sur une vaste surface, l'excès de l'élément vital, en même temps que le froid le refoule d'un point envahi de l'économie. L'irradiation encéphalique du principe nerveux, contrainte de s'éloigner du lieu où le mal s'est fixé momentanément, est évoquée dans d'autres champs d'action, et projetée avec force dans tout le reste de l'organisme.

On comprend, d'après ces idées, que, sous l'empire de la saison rigoureuse, l'emploi du froid, dans la curation des infirmités humaines, doit moins réussir, parce que les parties saines sont habituellement soumises aux même sédations. La vie, partout comprimée, verrait enrayé pour toujours, par des congestions mortelles, le jeu brillant de ses mouvements. On ne peut même employer le froid sur les régions moyennes du corps, à moins que le malade ne soit enlevé aux périls du temps actuel, par une excitation ardente, où qu'il soit plongé dans une atmosphère artificielle très chaude. Au milieu de l'hiver, le froid est de même appliqué presque continuellement à l'intérieur, puisqu'il entre avec la colonne respirée dans les voies pulmonaires, et qu'il pénètre dans les cavités digestives par le canal continu qui y conduit.

Les surfaces muqueuses, pourvues d'une sensibilité moins développée, supportent mieux le froid que la surface tégumentaire. C'est pour cela que les organisations les plus délicates, qui, à l'extérieur ne pourraient souffrir, sans des spasmes alarmants, le contact continu d'un corps froid, en soutiennent avec avantage les impressions à l'intérieur, dans les affections des viscères, certaines coliques du bas-ventre exceptées. Et peut-être, même dans ces cas, serait-il possible d'en obtenir de bons effets encore, en en faisant usage avec les modifications correctives que je viens d'exposer; car, dans les actions de l'homme et dans ses paroles, presque tout, pour le résultat, se subordonne à des formes accidentelles, et dépend de la manière. Aussi bien n'est-il rien d'absolu dans les choses de cet univers, et ce qu'il nous plaît d'appeler assez légèrement accessoire n'est souvent que l'objet lui-même dans la nature propre qui le spécifie.

En chirurgie, à notre époque, il semble que l'on ait connu toute l'importance des applications réfrigérantes contre l'état inflammatoire des tissus ; mais on en a fait un trop fréquent usage; car des plaies assez étendues et assez profondes, lorsque les bords peuvent en être juxtà-posés, guérissent sans mouvement inflammatoire dans les parties divisées, ni fièvre ou dérangement dans les fonctions générales de l'économie, pourvu que le sujet s'astreigne à une diète sévère. A quoi bon inonder d'eau ces plaies? Les plumaceaux de charpie, les linges qui composent l'appareil, le pus, couverts du liquide qui y ruissèle, et échauffés par la température du membre, entrent en fermentation, et apportent autant d'entraves à la simplicité de la marche de la nature. La plaie est-elle réunie par première intention, les torrents qui l'humectent par intervalles détachent les moyens d'union, corrompent les fils, rouillent le fer, et s'interposant entre les lèvres entr'ouvertes de la division, s'opposent au contact intime. Si la blessure a été laissée béante, les affusions froides, lorsque la chaleur locale ne les indique pas suffisamment, provoquent en irritant les extrémités nerveuses mises à nu, des névralgies dont on ignore souvent plus tard l'origine, ou d'autres phénomènes non moins graves. C'est le cas de poser en maxime que là où le froid n'est pas utile, il est meurtrier; que lorsqu'il ne sauve pas, il tue. Quand les affusions froides sont indispensables et doivent

être appliquées longtemps, il faut avoir soin de changer fréquemment l'application des linges, sans quoi la décomposition des appareils suscite là où ils sont posés des éruptions et déterminent des érysipèles qui doivent étonner beaucoup ceux qui réfléchissent peu et qui voient se former sous leurs yeux des phénomènes inflammatoires sous l'empire des remèdes qu'ils avaient employés pour les prévenir. Combien de fois les lotions de guimauve, si calmantes et si douces, n'ont-elles point étendu une rougeur morbide sur le membre qu'elles n'avaient cessé de détremper? Y a-t-il danger à lever l'appareil dans un cas positif d'affusions froides nécessaires, employez le liquide dans des corps qui le contiennent, et qui ne livrent passage qu'à ses transmissions répercussives et non humides. Cette méthode médicale offre une foule d'avantages, bien que pourtant elle ne doive pas être toujours préférée.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DE LA VALEUR SYMPTOMATIQUE DES ULCÉRATIONS DU COL UTÉRIN; *par* M. GOSSELIN.

Travail d'une véritable importance pratique et sur lequel nous n'hésitons pas à appeler l'attention de nos lecteurs.

La plupart des écrivains modernes ont décrit dans des articles séparés la leucorrhée, le catarrhe utérin, les engorgements, et enfin les ulcérations du col, sans avertir suffisamment que, dans un grand nombre de cas, toutes ces affections existent ensemble. Or, dans ces cas complexes, à laquelle de ces affections doit-on attacher le plus d'importance? Dans l'état actuel des opinions, cette question fait à peine doute, et l'ulcération est regardée comme la maladie principale.

« Pour moi, au contraire, dit M. Gosselin, ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces affections complexes de l'utérus, j'ai pu me convaincre que, dans la majorité des cas, l'ulcération du col n'est qu'une partie fort accessoire de la maladie, et que celle-ci est réellement constituée par la phlogose du tissu utérin (engorgement) et surtout par la phlogose de la surface interne de la matrice; considération importante, car, si elle est vraie, c'est contre ces dernières et non contre l'ulcération, comme on le fait généralement, que le praticien devra diriger les efforts de sa thérapeutique. »

Pour arriver à ce résultat, M. Gosselin a examiné et comparé trois ordres de faits, savoir: 1° ceux dans lesquels l'ulcération existait seule, c'est-à-dire sans catarrhe utérin ni engorgement; 2° ceux dans lesquels le catarrhe utérin existait avec ou sans engorgement, mais l'ulcération manquant; 3° enfin ceux dans lesquels il y avait tout à la fois ulcération, catarrhe et engorgement. Suivons-le dans sa démonstration.

1° *Ulcérations simples.* — Disons d'abord qu'il s'agit uniquement ici d'ulcérations non syphilitiques. Ces cas d'ulcérations simples du col utérin, sans engorgement ni catarrhe concomitant, sont rares; on ne les observe guère que dans la vaginite.

« Si l'on introduit le spéculum, on trouve alors que les deux lèvres du museau de tanche ne sont ni gonflées ni hypertrophiées; son orifice ne laisse rien échapper, ou seulement un peu de mucosité transparente. Sa surface, baignée et comme macérée dans le produit de la sécrétion vaginale, est excoriée dans une étendue plus ou moins considérable, mais qui n'est jamais très grande, puisque le col a conservé son volume normal. L'ulcération est rouge, quelquefois granuleuse; au toucher, le col présente sa souplesse naturelle, et sa pression est peu douloureuse. Du reste, les malades ne se plaignent d'aucune autre douleur que de celles d'ailleurs peu vives de la vaginite; dans le plus grand nombre des cas, elles n'accusent rien qui indique une maladie de l'utérus.

« Je possède, ajoute l'auteur, six observations dans lesquelles l'ulcération s'est ainsi développée et a disparu, en quelque sorte, sous mes yeux, sans qu'un seul instant il y ait eu ni gonflement du col ni catarrhe utérin; et dans aucun cas les malades n'ont accusé ni fièvre, ni douleurs à l'hypogastre et aux régions lombaires, ni tous les symptômes que nous verrons accompagner habituellement les divers états pathologiques de l'utérus. Dans tous les cas, l'ulcération a disparu dans l'espace de 3 à 6 semaines, à mesure que la vaginite elle-même ou disparaissait ou seulement diminuait. »

Voilà donc un premier ordre de faits bien tranchés, dans lesquels l'ulcération du col existant sans engorgement et sans catarrhe ne donne lieu à aucun accident et disparaît promptement, dans lesquels par conséquent

elle n'a qu'une valeur bien secondaire. Nous admettons pleinement ici et le fait et l'interprétation ; bien plus, il se rencontre à la surface du col utérin d'autres lésions bien capables d'effrayer un praticien inexpérimenté, et qui cependant n'ont pas plus de valeur que les ulcérations simples. M. Chomel nous racontait tout récemment qu'il avait vu six ou sept cas d'une lésion jusqu'ici non décrite, consistant en granulations isolées, jaunâtres, du volume d'un grain de millet, ou tout au plus d'une lentille, donnant l'idée de granulations tuberculeuses, éparses à la surface du col utérin, et ne déterminant ni douleur ni aucun phénomène morbide, malgré leur persistance durant des années entières ; en un mot, le hasard seul les avait fait découvrir, et une observation scrupuleuse avait constaté ensuite leur parfaite innocuité. Il en va tout autrement de la phlogose intérieure du col, en d'autres termes du catarrhe utérin.

2° *Catarrhe utérin simple.* — M. Gosselin essaie d'abord d'établir une démarcation essentielle entre le catarrhe utérin et la leucorrhée. Pour lui, le nom de *leucorrhée* doit demeurer affecté à ce flux muqueux qui se fait naturellement à la surface interne de l'utérus, et qui chez certaines femmes augmente de temps à autre en quantité, sans perdre sa ténuité et sa transparence. Avec ces trois conditions, que le flux n'augmente que d'une manière passagère et qu'il demeure transparent et peu consistant, M. Gosselin juge qu'il n'y a point inflammation, mais seulement exagération de la sécrétion normale ; c'est la *leucorrhée* ou les *flueurs blanches*. Supposez les trois conditions contraires ;— défaut de transparence, liquide blanchâtre, jaunâtre ;—consistance anormale, liquide épais et adhérent ; — et enfin flux abondant habituel ; il y aura inflammation de la muqueuse utérine, ou *catarrhe utérin*.

Le catarrhe utérin, ainsi considéré, peut se développer seul, sans ulcération ni gonflement, sous l'influence de plusieurs causes. M. Gosselin l'a surtout observé consécutivement à la blennorrhagie, l'inflammation semblant se propager du vagin à l'extérieur du col, et du col à l'intérieur de la matrice ; c'est ce que M. Gibert a appelé la *blennorrhagie utérine*. Une remarque assez curieuse, déjà faite par M. Mélier, c'est qu'il affecte de préférence, à l'état simple, les femmes qui n'ont point eu d'enfants ; tandis qu'il se complique plus volontiers d'ulcérations chez celles qui sont accouchées une ou plusieurs fois.

Les symptômes du catarrhe simple sont assez graves : douleurs sourdes, profondes à la région hypogastrique, et quelquefois dans les régions lombaires ; tiraillements dans les aines, difficulté à marcher ; les malades préfèrent la position horizontale. Parfois on trouve un léger mouvement fébrile, la nuit principalement.

Les douleurs sont très variables ; souvent elles sont peu intenses ; quelquefois même elles manquent ou ne reviennent qu'à des intervalles éloignés. D'autres fois les malades accusent une sensation de feu à l'hypogastre ; on a vu même les douleurs devenir *expultrices*, s'exaspérant à certains moments, et suivies de l'issue de mucosités purulentes plus ou moins abondantes. Enfin il est des femmes chez lesquelles le catarrhe utérin s'accompagne de désordres vers les organes digestifs.

Si l'on pratique le toucher, on détermine souvent de la douleur en pressant un peu avec le doigt sur la surface du col. Ceci est important ; car nous allons trouver tout à l'heure que le toucher, dans les cas d'ulcération, n'est pas plus douloureux, bien qu'il semblerait devoir l'être davantage.

Le catarrhe utérin est remarquable par la lenteur de sa marche et par sa durée ; et cette circonstance n'est pas non plus sans importance ; car dans les cas où il se compliquera d'ulcération, il n'y aura nulle raison d'attribuer la longue durée de la maladie à l'ulcération plutôt qu'au catarrhe.

« Toutes les malades que j'ai observées, dit M. Gosselin, sont sorties de l'hôpital après 2, 3 et 4 mois de séjour et même plus, conservant encore leur catarrhe utérin ; les unes soulagées complétement de leurs douleurs, les autres les voyant reparaître de temps en temps, surtout à l'époque des règles, ou bien lorsqu'elles se livraient au coït. J'en ai, entre autres, observé une qui, une année après sa sortie de l'hôpital, n'avait pas encore cessé d'avoir des écoulements mucoso-purulents, et des douleurs hypogastriques et lombaires qui, habituellement sourdes, reprenaient de temps à autre de l'acuité. »

Il s'agirait maintenant d'étudier l'engorgement pur et simple du col ou du corps de la matrice ; mais son existence est douteuse, et M. Gosselin en particulier ne croit pas qu'il puisse exister sans catarrhe utérin. Son plus grand état de simplicité est donc quand il est seulement joint au catarrhe et sans ulcération.

3° *Catarrhe avec engorgement.*—Donc, en même temps que le catarrhe, souvent il arrive un gonflement du col ou du corps de l'utérus, que l'on constate à l'aide du spéculum et du toucher. Tantôt alors les deux lèvres du museau de tanche sont hypertrophiées, tantôt l'une des deux seulement, et plus souvent la postérieure. Quelle sera, dans les symptômes, la part de cet engorgement ?

« Les accidents, répond M. Gosselin, ne sont pas plus intenses que dans le catarrhe

utérin simple, et je suis porté à penser que la présence de l'engorgement contribue peu à aggraver la maladie. »

Ces premières données établies, nous arrivons à la partie la plus importante de ce travail, dans laquelle il s'agit de rechercher le rôle de l'ulcération lorsqu'elle se joint à la fois au catarrhe et à l'engorgement.

4° *Catarrhe utérin avec ulcération et engorgement du col.*— Ces cas sont incomparablement plus fréquents que les autres ; on les désigne généralement sous le nom d'ulcération du col, parce qu'on tient peu compte de l'écoulement mucoso-purulent qui les accompagne, et qu'on s'occupe exclusivement de l'état extérieur du col. M. Gosselin les regarde comme une métrite chronique complexe, dans laquelle tous les éléments de l'utérus sont envahis, mais où la phlogose de la muqueuse utérine est toujours la partie dominante de la maladie.

D'abord, si l'on réfléchit sur ce fait bien constaté, que cette métrite complexe survient presque toujours après la parturition ou après un avortement, il est difficile de se défendre de cette idée, que le point de départ et le siége primitif de la maladie sont à la surface interne de la matrice, et que la première lésion en date est le catarrhe utérin.

Si l'on explore le col à l'aide du toucher, il est très difficile et presque impossible de reconnaître l'ulcération ; le doigt n'y détermine aucune douleur, à moins que l'on ne presse fortement sur le col, et alors la douleur qu'on réveille peut être légitimement rapportée au catarrhe, puisque le catarrhe suffit pour la faire naître en l'absence de toute ulcération.

On peut remarquer encore que l'étendue de l'ulcération est en rapport presque nécessaire avec le gonflement plus ou moins considérable du col : à mesure que celui-ci se produit, la première augmente aussi, comme si la muqueuse du col n'étant pas assez extensible pour se prêter à ce gonflement, se déchirait de plus en plus.

Enfin, l'ulcération ne détermine aucun accident spécial, de telle sorte que la métrite la plus complexe ne donne jamais lieu à d'autres symptômes que ceux du catarrhe simple, sauf toutefois l'abaissement et l'antéversion, qui sont fréquemment l'effet de l'engorgement.

La conclusion thérapeutique est fort claire ; on voit que l'ulcération mérite à peine d'occuper le praticien, et l'étude des cas dans lesquels, suivant la méthode ordinaire, l'ulcération est principalement combattue, ne vient pas peu à l'appui des idées de M. Gosselin.

« Quel que soit, dit-il, le mode de traitement que j'aie vu employer dans les divers hôpitaux où j'ai observé, j'ai toujours constaté que la guérison des malades affectées de métrite complexe n'était réelle que lorsqu'avaient disparu et le catarrhe utérin, et l'engorgement, et l'ulcération. Or, il m'est plusieurs fois arrivé d'observer des malades chez lesquelles, l'ulcération ayant disparu, les mêmes accidents continuaient, parce que le catarrhe utérin existait toujours ; et j'ai vu des praticiens tellement imbus de l'idée que l'ulcération du col constitue seule la maladie, que ne retrouvant plus cette ulcération et ne faisant nulle attention au liquide visqueux blanchâtre toujours sécrété par la membrane utérine, ils voulaient persuader à leurs malades qu'elles étaient guéries, guéries malgré les douleurs toujours existantes, malgré les désordres incessants de la menstruation ; et voilà comment bien souvent on a voulu attribuer à des accidents nerveux, à l'hystérie et même à une imagination frappée ou prévenue, les accidents persistant ainsi après la guérison de l'ulcération.

« Pour moi cela tient à ce que celle-ci disparaissant, si le catarrhe utérin, si l'engorgement persistent, la malade est exactement dans le même état qu'avant. L'observation des faits m'a trop bien instruit de ce que j'avance ici pour que je n'hésite pas à l'affirmer positivement. »

Donc il ne suffit pas de cicatriser l'ulcération, et c'est même là la moindre indication ; l'important est de combattre l'engorgement et le catarrhe. Quant aux moyens les plus efficaces, M. Gosselin révoque d'abord en doute l'efficacité des cautérisations ; les malades non cautérisées n'en ont pas moins guéri, et quelquefois plus vite. Le seul cas qui les réclame est le développement de bourgeons charnus sur les ulcérations ; il convient alors de les cautériser pour les détruire, tout comme on le fait sur les plaies extérieures.

Il n'a pas vu non plus les tampons, les pommades portées sur le col utérin produire une cicatrisation plus rapide. Les injections intra-utérines sont trop périlleuses pour être employées par un praticien prudent.

En définitive, « je ne connais de véritablement utiles, dit M. Gosselin, que les injections émollientes et astringentes, les bains, le repos, les antiphlogistiques modérément employés, les saignées générales répétées de temps en temps, surtout si les règles viennent à manquer, les dérivatifs sur le canal intestinal, les cataplasmes émollients sur le bas-ventre. »

Cette thérapeutique est véritablement rationnelle, mais elle est un peu maigre ; et pour la compléter nous engageons nos lecteurs à consulter le mémoire de M. Récamier, inséré dans notre numéro de mai.

SUR LA CURE SPONTANÉE DES POLYPES UTÉRINS, *par M. Marchal de Calvi.*

Un fait curieux, qui s'est offert dans la pra-

tique de l'auteur, lui a donné occasion de faire sur ce sujet des recherches intéressantes. Reproduisons d'abord son observation :

« Madame X..., demeurant rue Saint-Jacques, ayant toujours été bien portante, très active, éprouva, vers l'âge de 45 ans, des pertes utérines non très abondantes, mais fréquentes. Elle se plaignait en même temps de douleurs dans les aînes et dans les reins. M. D..., qu'elle consulta, l'examina, crut à un engorgement de l'utérus, et prescrivit des applications de sangsues réitérées, des bains, des lavements, un régime doux, le repos général, et surtout celui de l'organe malade. Ce traitement ne produisit aucune amélioration; il n'en fut pas moins continué pendant plusieurs années. Mme X... affaiblie par les sangsues, affaiblie par les métrorrhagies, commençait à se décourager, lorsqu'un jour, en se préparant à elle-même un bain, elle souleva un cylindre très pesant, et sentit un objet s'échapper de ses parties génitales. S'étant aussitôt saisie de cet objet, elle s'écria qu'elle venait de rendre un *cœur de volaille*. En fait, elle venait d'être débarrassée, par un violent effort, d'un polype qui avait effectivement quelque vague ressemblance dans la forme avec un cœur de poulet. C'était ce polype qui avait amené les pertes et tous les symptômes précités, pour lesquels, en vue d'une métrite supposée, cette pauvre femme avait été soumise au traitement antiphlogistique pendant un si long temps.

« Le corps anormal était entièrement formé de tissu utérin. Je l'ai présenté à l'Académie; plusieurs membres l'ont examiné attentivement; et aucun doute ne s'est élevé sur sa texture. C'est donc avec raison que j'ai regardé le cas comme doublement remarquable; il l'est en effet et par l'élimination du polype, et par la nature de celui-ci.

« Un petit écoulement de sang eut lieu à la suite de la brusque élimination du polype, et s'arrêta presque aussitôt. Dès ce jour, Mme X... n'éprouva plus aucune espèce d'incommodité du côté des voies génitales. Je l'ai revue plusieurs fois pour une légère affection intestinale, et elle ne cesse de se louer de ce qu'elle appelle la *cure du cylindre*. »

La figure de ce polype donnée par M. Marchal porte 15 millimètres de diamètre transversal, et 3 centimètres de hauteur; la portion inférieure est arrondie; mais la supérieure est comme déchirée, et, à 5 millimètres au-dessous de la déchirure, présente un rétrécissement d'un centimètre, comme si le polype avait été étranglé par le col utérin. Un fait curieux qui ressort de cette description, c'est que la séparation n'a pas eu lieu au niveau du rétrécissement, mais au-dessus.

Les polypes utérins peuvent être éliminés par gangrène, ou par expulsion.

1° L'élimination par gangrène est rare. M. Marchal n'en a rencontré que deux cas, l'un appartenant à Mme Boivin, l'autre à M. Cruveilhier. Dans le premier cas la femme se rétablit parfaitement; dans l'autre la gangrène dépassa les limites du polype et entraîna la mort.

2° L'élimination par expulsion est plus commune et moins périlleuse. M. Marchal en rapporte 21 cas. Mais tous ces exemples ne doivent pas être rapportés à une même sorte de polypes. L'auteur lui-même établit d'abord, à la suite de M. Velpeau, une catégorie de polypes *fibrineux* qui ne seraient autre chose que des caillots de sang concrété et durci. A cette catégorie paraissaient se rattacher un fait consigné dans le 5e livre des Épidémies de la collection hippocratique et plusieurs observations de Mauriceau. Nous trouvons ensuite deux cas de polypes *fongueux*, observés par M. P. Dubois, qui regarde cette espèce de polypes comme très susceptibles d'être spontanément éliminés. Puis enfin il en est qui concernent de véritables polypes fibreux ayant pour noyau un corps fibreux, ou bien constitués eux-mêmes par une expansion du tissu de la matrice.

Il est toujours utile de réunir en faisceau les observations rares et éparses; de leur rapprochement jaillit une lumière qu'on n'aurait pu attendre d'un fait isolé. Le travail de M. Marchal est tout à fait propre à démontrer les ressources de la nature dans des cas où l'on aurait à peine pensé qu'elle pût jamais se suffire; mais la peine même qu'il a prise pour rassembler laborieusement ses 22 observations montre aussi combien peu il faudrait se fier à ce secours trop incertain. Il a cherché une autre conséquence pratique, et il a rappelé, sans y insister toutefois, que l'on avait pensé à solliciter l'action de l'utérus, à l'aide du seigle ergoté, pour expulser les polypes. A notre avis, il en ressort deux enseignements bien plus positifs et qui, bien que n'ayant rien de nouveau, méritent d'être rappelés à l'attention des praticiens; le premier est, que l'élimination du polype est l'unique moyen de guérir les malades; le second, que cette expulsion peut être opérée brusquement sans crainte d'hémorrhagie, et, en conséquence, que la méthode la plus simple et la mieux d'accord avec les procédés de la nature est l'excision.

(*Annales de la Chirurgie.*)

SUR LES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE, PAR M. LE Dr *Vrolik.*

Camper est le premier, dit M. Vrolik, qui ait étudié avec succès les fractures de la rotule et qui les ait envisagées sous leur véritable point de vue : plusieurs parties de leur histoire n'ont toutefois pas été complétement

élucidées par ce grand chirurgien, et les recherches qui ont été faites depuis n'ont pas amené un résultat plus satisfaisant.

L'étiologie, en particulier, est loin d'être définitivement établie, et l'opinion qui considère la contraction musculaire comme cause des fractures transversales n'est, en réalité, qu'une hypothèse assez mal assise.

Une contraction exagérée des muscles de la cuisse ne devrait-elle pas déterminer la rupture des muscles eux-mêmes ou de leurs tendons, plutôt que la séparation de l'os? Quelques faits sont venus répondre affirmativement à cette question (Grandham, *London med. gaz. Septemb.* 1841, — *Froriep's neüe notizen. Décemb.* 1841, *n°* 438, *p.* 320). Ne voit-on pas souvent des efforts musculaires extraordinaires être produits sans donner lieu à aucun accident, et d'un autre côté la fracture transversale de la rotule n'a-t-elle pas maintes fois lieu après un effort ou un mouvement très modéré?

Ledran paraît avoir soupçonné l'existence d'une cause prédisposante: « On ne doit pas s'étonner, dit-il, de ce qu'on peut se casser la rotule en se relevant, comme en tombant, vu le poids du corps joint à la forte contraction des quatre muscles extenseurs qui agissent de concert, *si d'ailleurs il y a dans la rotule une disposition à cet accident.* » Plus loin, il raconte qu'une femme ayant eu la rotule droite fracturée; environ un an après, elle éprouva dans le genou gauche une légère douleur et « *je ne sais quoi, qui lui faisait croire que la rotule gauche pourrait bien se casser comme l'autre,* » ce qui eut lieu en effet. (*Consultations sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie*, Paris, 1765; p. 335.)

Ruysch (*Oper. omn. Amst.* 1721, t. I^er, p. 9) indique un ramollissement général du tissu osseux.

M. Vrolik pense que les fractures transversales de la rotule qui ont lieu sans cause appréciable, ou à la suite d'un effort musculaire, doivent être attribuées à une altération particulière et locale de cet os, et il appuie son opinion sur les pièces suivantes:

Il y a quelques années, il trouva sur un cadavre une rotule qui, à sa surface articulaire, présentait transversalement et dans sa partie moyenne une division qui s'étendait à toute la portion cartilagineuse et à une petite partie du tissu osseux: depuis, il a rencontré deux autres pièces semblables.

M. Vrolik appelle l'attention des chirurgiens sur cette altération; il croit qu'elle fera connaître la véritable cause des fractures transversales de la rotule attribuées à une contraction musculaire exagérée, et qu'elle expliquera pourquoi il est souvent si difficile, sinon impossible, d'obtenir la consolidation de ces fractures, tandis que la consolidation est si facilement obtenue dans les fractures produites par une violence extérieure.

(*Bulletin de l'Acad. des Sciences d'Amsterdam*, *n°* 4.)

Nous sommes loin de partager toutes les opinions émises par le savant Hollandais; et nous ne saurions même considérer de la même manière les trois faits remarquables qu'il a cités. Nous avons décrit un cas du même genre (Voir le mémoire *sur quelques dangers du traitement généralement adopté dans les fractures de la rotule*, ci-devant page 245), et tout en hésitant sur l'interprétation, nous inclinons plutôt à y voir un commencement de rupture mécanique qu'un signe d'affection organique. Mais les vues étiologiques de M. Vrolik nous paraissent d'une grande justesse; bien plus, nous les regardons comme plus généralement applicables qu'on ne serait tenté de le croire; et nous ne saurions mieux présenter notre opinion à cet égard qu'en transcrivant ce passage d'un ouvrage que nous imprimons en ce moment:

« Une cause beaucoup plus fréquente et que l'on a beaucoup trop négligée est l'inflammation locale du tissu osseux. J'appelle ainsi, par conjecture, une affection qui se traduit généralement à l'extérieur par des douleurs sourdes, que le malade rapporte à une contusion antérieure ou à quelque atteinte de rhumatisme; rarement assez forte pour exciter une réaction générale, et n'attirant guères l'attention que lorsqu'enfin on voit, sous un effort peu considérable, se produire une fracture au lieu même qu'occupait la douleur. J'ai vu un jeune homme de 20 ans, fort et bien constitué, se fracturer le fémur en tombant de sa hauteur sur un sol parfaitement uni: depuis quelques semaines il avait ressenti sur le lieu même de la fracture des douleurs qu'il rapportait à un rhumatisme.

« La plupart des fractures des os longs par l'action musculaire se préparent pour ainsi dire de cette manière. Nicod en a cité deux cas remarquables. Un garçon menuisier éprouvait depuis quelques mois des douleurs rhumatismales assez vives dans le bras gauche; une fracture se fit en appuyant fortement la main sur la poignée d'un vilbrequin qu'il fesait tourner de la main droite. Un laboureur se cassa le bras droit en lançant une pierre; on apprit qu'il avait toujours joui d'une bonne santé, excepté depuis un mois que des douleurs au bras droit s'étaient accrues au point de l'empêcher de travailler; du reste, il n'avait point eu de fièvre, ni perdu l'appétit un seul jour. Je citerai des faits du même genre à l'occasion des fractures de la rotule; aussi, toutes les fois qu'il s'agit de faire supporter aux os des efforts énergiques, comme dans la réduction des

luxations anciennes, je regarde comme une précaution fort importante de s'assurer par avance si le malade n'a pas éprouvé des douleurs fixes dans un point du membre luxé. » (*Traité des fractures et des luxations*, tom. 1, page 22.)

Il convient, d'ailleurs, de rassurer les praticiens sur les conséquences de cette prédisposition. Toutes les fractures ainsi produites se réunissent aussi bien et aussi promptement que les autres, pourvu que l'on maintienne les fragmens en contact; et c'est principalement à l'absence du contact que l'imperfection du cal dans les fractures de la rotule doit être rapportée.

DE LA TÉNOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES FRACTURES *de la malléole externe, par* M. A. BÉRARD.

Dans notre dernier numéro, à l'occasion du traitement des fractures de la jambe qui se refusent à la réduction, après avoir mentionné les essais de M. Laugier, nous avions dit quelques mots d'autres tentatives faites par M. A. Bérard et que l'on disait avoir été plus heureuses. Nous trouvons dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* un article qui vient tout à propos compléter nos documents sur la ténotomie appliquée au traitement des fractures; comme on le verra, il ne s'agissait pas dans ces nouveaux faits de fractures obliques de la jambe, mais de fractures de la malléole externe avec renversement du pied. Le rédacteur paraît parfaitement convaincu de la simplicité, de l'innocuité, de l'efficacité de l'opération; pour notre compte, il s'en faut de beaucoup que nous soyons également édifié sur tous ces points. Nous allons d'ailleurs reproduire intégralement l'article; nos lecteurs auront ainsi de quoi baser leur jugement.

« Parmi les faits tributaires de la ténotomie, il en est un sur lequel M. Bérard a plusieurs fois appelé l'attention de ses auditeurs; nous voulons parler de la section du tendon d'Achille dans les cas de fracture de la malléole externe avec renversement du pied.

« Pour bien comprendre les services que cette opération peut rendre en pareil cas, il devient nécessaire que le praticien, faisant appel à ses connaissances anatomiques, se représente exactement le mécanisme de la lésion. Or, s'il a étudié la disposition de l'articulation de la jambe avec le pied, il verra l'astragale emboîté comme un tenon dans une mortaise, formée en dedans par le tibia, et en dehors par le péroné. Cela étant, supposez que le pied placé à faux, sur un caillou, par exemple, reçoive brusquement le poids du corps; ou bien que, posé sur un plan horizontal, il soit heurté violemment: le tenon, porté à droite ou à gauche, presse des côtés de la mortaise et fait éclater le moins résistant, c'est-à-dire l'extrémité inférieure du péroné. Alors on voit arriver ce que Dupuytren, dans ses écrits et dans ses cliniques, considérait à bon droit comme une des complications les plus dangereuses de cette fracture, le renversement du pied en dehors par le seul fait de l'intervention musculaire: en effet, le côté externe de la mortaise n'ayant plus sa solidité, l'action des muscles qui portent le pied en dehors s'exerce en toute liberté, et comme elle est plus puissante que celle des muscles antagonistes, il en résulte que cette action devient une cause incessante de déviation.

« Maintenant, ce qui constitue la gravité de la déviation du pied en dehors, c'est la tension outre mesure des parties molles, et notamment de la peau qui recouvre la malléole interne. Cette tension, en effet, peut acquérir un si haut degré d'intensité, que bientôt il se développe des phlyctènes remplies de sérosité rougeâtre; la peau devient livide, froide, insensible, et en peu de temps le membre est sphacélé en partie ou en totalité. L'escarre est-elle bornée aux téguments, on doit s'en féliciter; mais presque toujours les désordres sont tels que, au dire même de Dupuytren, il devient urgent d'amputer.

« Ainsi l'on comprend qu'il est de la plus haute importance de mettre les tissus dans le relâchement, en ramenant le pied à sa rectitude normale et en l'y maintenant. Mais comment y parvenir? C'était là, il faut le dire, une des grandes difficultés du traitement. Quelquefois, il est vrai, le redressement du pied s'opère avec facilité; mais aussitôt qu'on abandonne l'organe à lui-même, les muscles reprennent leur empire, le tendon d'Achille et ceux des péronés latéraux se roidissent, et l'on voit reparaître la difformité. D'autres fois la contracture musculaire est telle que toute tentative de réduction est inutile: aussi, les obstacles provenant de cette résistance ont-ils, de temps immémorial, exercé le génie des chirurgiens. Dupuytren faisait fléchir la jambe sur la cuisse, et appelait ailleurs l'attention du malade. Par ces moyens, disait-il, les muscles perdent leur tension, les résistances tombent comme par enchantement, et les parties reprennent leurs rapports normaux. Rien de plus vrai sans doute dans un grand nombre de cas. Une fois sa réduction obtenue, on n'a plus qu'à lutter contre sa tendance à la reproduction, et c'est alors qu'intervient l'appareil aussi simple qu'ingénieux auquel Dupuytren a donné son nom; mais ici surgit une difficulté qui ne laisse pas de jeter parfois le praticien dans un grand embarras. Car un des points d'appui, sur lequel porte le coussin, est précisément la mal-

léole interne: or, nous venons de voir que, dans certains cas, la tension prolongée de la peau sur cette partie dispose l'enveloppe cutanée à la gangrène. Donc toute compression exercée sur ce point tendra à accélérer la mortification des tissus. A plus forte raison, si l'escarre existe déjà lorsqu'on est appelé à réduire la fracture, il sera moins possible que jamais de mettre en usage l'appareil d'ailleurs si avantageux de Dupuytren.

« Eh bien! voilà les circonstances graves dans lesquelles on est heureux d'avoir pour soi le bénéfice de la ténotomie. Cette opération est simple, dépourvue de dangers, immédiatement efficace; il y a donc toute raison pour la pratiquer. Pour son compte, M. Bérard y a eu recours quatre fois depuis le commencement de l'année. Chez trois malades, le tendon d'Achille seul a été coupé; chez le quatrième, il fallut y joindre la section des tendons des péroniers latéraux; mais chez tous, la réduction fut instantanée. Les deux premières opérations ont eu lieu il y a huit mois, et aujourd'hui les sujets sur lesquels elles ont été pratiquées marchent avec facilité.

« Quant aux derniers opérés, ils ont succombé à une série de désordres et de complications tellement graves, qu'il y avait peu d'espoir de les conserver. Cependant ces cas, quoique malheureux, n'ont pas été sans intérêt au point de vue de la question dont il s'agit: ils ont prouvé deux choses importantes, l'innocuité et l'utilité de la ténotomie. Car, malgré la circonstance des abcès multiples qui s'étaient formés dans la partie inférieure de la jambe, les bords de la section tendineuse n'ont présenté aucune trace d'inflammation ni de communication avec les foyers purulents; on reconnut un dépôt de lymphe organisable, destinée à former un nouveau tendon, mais rien qui pût faire soupçonner la participation de la ténotomie à la production des accidents.

« En ce qui touche l'utilité de cette opération, il n'a pas été non plus possible de la nier. Dans un cas, l'écrasement des parties rendait les efforts de réduction tellement douloureux que, sans la section du tendon d'Achille, on ne fût certainement pas parvenu à ramener le pied dans sa position normale. Dans l'autre, au contraire, la réduction s'opéra sans difficulté. Mais ce qui décida M. Bérard à pratiquer la ténotomie, ce fut la difficulté de maintenir les parties réduites, jointe à l'impossibilité de se servir de l'appareil de Dupuytren. C'est pourquoi l'on peut dire, nonobstant la terminaison fatale de la maladie, que, chez ces sujets, la ténotomie eut un succès complet. Quelques mots maintenant sur le mode opératoire.

« Les muscles jumeaux et soléaire étant, suivant M. Bérard, les principaux agents de la déviation du pied, c'est au tendon d'Achille qu'il convient par conséquent de s'adresser en premier lieu. Plus tard, s'il le faut, on coupe les tendons des péroniers; mais, en général, il est de saine pratique de n'agir qu'au fur et à mesure que les résistances musculaires se font sentir.

« L'opération résolue, il faut la faire suivant les règles de la méthode sous-cutanée, sans s'astreindre à diviser le tendon au lieu dit d'*élection;* ce lieu doit varier en effet, suivant les indications particulières; cependant, s'il s'agit du tendon d'Achille, il est bon de le couper autant que possible à une distance du calcanéum telle qu'en cet endroit la peau soit lisse et mobile; on est plus sûr alors de n'attaquer la gaîne que dans un point, sans la diviser en totalité, si l'on a la précaution surtout de ne pas faire tendre outre mesure le tendon. Il en résulte que l'épanchement de lymphe se fait dans cette gaîne seulement, et ne donne pas lieu à des adhérences qui plus tard gêneraient l'exercice des mouvements. »

Au total, quatre opérés, deux morts; ces résultats rapprochés de ceux de M. Laugier sont bien faits pour justifier une certaine réserve, l'opération fût-elle aussi innocente que nous voulons le croire des accidents qui sont venus la compliquer. Mais, même pour les sujets guéris, et qui marchent avec facilité, nous voudrions savoir s'ils marchent avec autant de facilité et autant de force qu'auparavant; c'est là aussi une partie essentielle de la question.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA CURE DE LA GRENOUILLETTE, *par M. Jobert.*

On sait combien les procédés opératoires applicables au traitement de la grenouillette ont été multipliés, et combien chacun de ces procédés est sujet à échouer après avoir cependant obtenu quelques succès. M. Jobert explique cette inconstance des résultats par la nature diverse des tumeurs confondues sous le nom de grenouillette. Il pense que la ponction et l'incision ont pu réussir pour des kystes muqueux de peu de volume; l'excision et la cautérisation pour des kystes plus considérables; mais quand il s'agit d'une tumeur formée par un amas de salive avec oblitération et dilatation du canal de Wharton, il estime que toutes les méthodes sont insuffisantes et infidèles.

Ces vues sont certainement très ingénieuses; mais est-il vrai d'abord que les tumeurs sous-linguales comprises sous le nom de la *grenouillette* soient si différentes de leur nature; et ensuite comment parvenir à en établir sur le vivant le diagnostic différentiel? Nous po-

sons ces questions comme difficultés résultant de l'état actuel de la science. M. Jobert annonce qu'il s'occupe d'établir une classification définitive des tumeurs situées à la base de la langue; nous l'engageons fortement à hâter la publication de ce travail.

Quoi qu'il en soit, l'auteur propose, en outre, une méthode nouvelle, qui aurait ce grand avantage de rendre le diagnostic différentiel inutile, puisqu'elle s'appliquerait aussi bien aux kystes purs qu'aux dilatations du conduit salivaire. Nous reproduirons textuellement sa première observation, qui fera parfaitement comprendre le manuel opératoire.

« Observation. — Mme.... est âgée de..., et d'une bonne constitution. C'est pour la première fois qu'elle est atteinte de grenouillette. Quand je la vis, la tumeur existait depuis un certain temps. Elle est grosse comme un œuf de pigeon, transparente, rosée, et placée à droite sous la langue, dont elle gêne modérément les mouvements.

« C'est le 16 juin que je l'ai opérée, et de la manière suivante :

« La langue étant portée en haut et en arrière, je fis saisir avec une pince le côté externe de la tumeur par un aide; puis, en plaçant moi-même une seconde au point opposé, j'enlevai sur la face antérieure du kyste une portion de la muqueuse buccale, de forme elliptique, et de trois lignes au moins de hauteur sur 6 à 8 de largeur. Cette excision fut faite de manière à ne point intéresser l'enveloppe propre à la cavité dans laquelle se trouvait renfermé le liquide qui constituait la tumeur. Il s'écoula si peu de sang pendant ce premier temps qu'il ne fut pas besoin de porter l'éponge sur la plaie. J'ouvris alors le kyste dans toute son étendue; il s'en échappa environ une cuillerée à bouche d'un liquide visqueux, légèrement trouble, et semblable à de l'albumine un peu condensée. Quand la tumeur fut vidée, je renversai à droite et à gauche les parois libres du kyste, et à l'aide du serre-nœud de Graëfe armé d'une aiguille courbe chargée d'un fil, je traversai à la fois les lèvres de la division du kyste lui-même et de la muqueuse buccale. Je les maintins ensuite en contact à l'aide d'un point de suture isolé, placé de chaque côté.

« Dans ce cas, et après que l'opération fut parfaitement terminée, il était facile d'apercevoir, dans l'espace placé entre les deux points de suture, un véritable infundibulum, au fond duquel se voyait l'orifice du conduit salivaire et par où suintait le liquide.

« La salive fut, pendant quelques jours, rendue en plus grande quantité que d'habitude; mais peu à peu cette espèce d'incontinence accidentelle disparut, et elle ne fut plus sécrétée que dans les limites normales. Il ne se développa qu'une inflammation très modérée.

« *Etat des parties 17 jours après l'opération.* — Le côté droit de la base de la langue est revenu à son état normal. Quand la langue est légèrement soulevée en haut, on aperçoit l'orifice du conduit salivaire droit, d'où s'échappe une gouttelette de liquide, et d'où partent trois lignes blanchâtres, superficielles, traces des incisions pratiquées, et qui donnent à la cicatrice un aspect étoilé. L'infundibulum qui existait au début, immédiatement après l'opération, et quand les parois du kyste vidé avaient été renversées à droite et à gauche, a disparu complétement. L'orifice du conduit salivaire est à fleur de la muqueuse, et le liquide sécrété est versé constamment et librement dans la bouche. Il n'existe aucun engorgement superficiel ou profond, prochain ou éloigné, dans les parties qui ont été le siége de la grenouillette. »

Dans un autre cas, le succès était aussi complet cinq semaines après l'opération. Peut-être sera-t-il à propos de revoir les malades à une époque plus éloignée; cependant la nature du procédé est telle qu'il est difficile de concevoir même la possibilité d'une récidive. La seule objection est que l'opération est moins rapide et plus compliquée que l'excision ordinaire.

Il manque toutefois quelque chose à la description d'ailleurs si claire du manuel opératoire. M. Jobert se sert d'une suture particulière, qu'il applique non seulement à la grenouillette, mais encore à la réunion des muqueuses avec la peau, toutes les fois qu'on a été obligé de les diviser ensemble, pour remédier à l'occlusion de la bouche ou de la vulve, par exemple. Voici comment il la décrit lui-même.

« Cette suture peut s'opérer avec des épingles sur lesquelles on place ensuite des anses de fil, ou bien avec des aiguilles chargées de ligatures qu'on rapproche ensuite comme dans les cas ordinaires. Dans les deux circonstances, les épingles ou les aiguilles chargées doivent être conduites dans les tissus ainsi qu'il va être indiqué.

« Je prends pour exemple le cas où l'on se sert d'une épingle. Celle-ci est présentée à la muqueuse, *de dedans en dehors*, et la traverse ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux dans l'épaisseur d'une ligne seulement. Puis, se renversant toujours dans le même sens en décrivant un mouvement de bascule, elle passe au dessus de la plaie, vient s'implanter à son bord externe dans le tissu cellulaire que longe la peau, et pénètre profondément dans les chairs, de manière à sortir de nouveau par la muqueuse, mais *de dehors en dedans*, à deux ou trois lignes du point par lequel elle y était

primitivement entrée. Elle supporte et semble former ainsi un bourrelet charnu, dont le bord externe offre, réunies ensemble, les lèvres libres de la muqueuse et de la peau. »

Le caractère essentiel de cette suture nouvelle est en effet de ne pas embrasser la peau qui se trouve seulement accolée à la muqueuse, et celle-ci est attirée vers la peau et réunie au tissu cellulaire sous-jacent sans décollement ni tiraillement violent. M. Jobert a déjà mis deux fois ce nouveau procédé à exécution, une fois pour une atrésie incomplète de la vulve; une autre fois pour un rétrécissement de la bouche consécutif à l'ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre. Dans les deux cas, la suture a complétement réussi.

(*Annales de la Chirurgie.*)

GUÉRISON DES VARICES DES PAUPIÈRES (*varicoblépharon*), *par l'excision des veines dilatées,* par M. HEIDENREICH.

On sait combien toutes les affections qui se rattachent à la dilatation des petits vaisseaux présentent de difficultés au praticien, soit par la nature de la lésion et le peu de sécurité de la plupart des procédés opératoires, soit à raison du siége de ces tumeurs, qui souvent avoisinent et envahissent même des organes importants. On ne lira donc pas sans intérêt le fait suivant, qui se rattache d'ailleurs à l'une des variétés les plus rares des tumeurs comprises sous le nom général de tumeurs érectiles.

Une jeune fille de 22 ans, d'une santé florissante, avait remarqué il y a 8 à dix ans qu'elle portait à la paupière supérieure une petite tumeur du volume d'une lentille, et, ne sachant à quoi l'attribuer, la regardait comme congénitale. Cette tumeur, d'une couleur bleuâtre, devenait d'un bleu foncé sous l'impression du froid. Elle devint de plus en plus volumineuse, lorsque, il y a six ans, à la suite d'un coup reçu sur la paupière, il se déclara une abondante hémorrhagie qui fut suivie de l'affaissement de la tumeur. Dans ces trois dernières années elle avait de nouveau recommencé à grandir et à se développer; la jeune fille crut alors devoir réclamer les conseils de l'art; et un examen attentif permit de constater les particularités suivantes :

La paupière supérieure gauche était tuméfiée, boursouflée et fortement refoulée en bas; et tout d'abord elle offrait l'aspect du prolapsus ordinaire; mais de plus, dans les deux tiers de son étendue, elle présentait une couleur rouge bleuâtre, et l'engorgement dont elle était le siége était mollasse, parsemé de nodosités, et donnant cette sensation si caractéristique d'un peloton de vers entrelacés. Une compression prolongée diminuait, puis faisait disparaître cette tuméfaction, qui ne tardait pas à revenir quand on cessait la compression. L'œil se trouvait presque entièrement recouvert par la paupière tuméfiée, que l'on ne pouvait aucunement soulever vers l'angle externe; à l'angle interne, on parvenait, bien qu'assez difficilement, à découvrir quelque peu l'œil, dont la faculté visuelle se trouvait considérablement gênée. La partie supérieure de la paupière jusqu'au sourcil était également tuméfiée, d'une couleur rouge bleuâtre, mollasse, élastique. Cette tuméfaction disparaissait aussi par la pression. Depuis l'origine du sourcil jusqu'à deux pouces environ vers le front, on apercevait trois grosses veines très dilatées et très saillantes.

Dans le dessein d'obtenir l'oblitération de ces veines, M. Heidenneich plaça huit ligatures immédiates sur ces vaisseaux depuis le bord inférieur de la paupière jusqu'à deux pouces au dessus de l'arcade sourcilière, après avoir préalablement fait refluer le sang qu'ils pouvaient contenir. Il survint après l'opération de la douleur, de la tuméfaction et tous les phénomènes d'une inflammation intense, qui fut combattue par des applications froides et des sels purgatifs à l'intérieur. L'inflammation se propagea à la conjonctive, aux voies lacrymales, et il en résulta un flux de larmes et du mucus assez abondant, qui détermina M. Heidenreich à détacher les ligatures du 5e au 7e jour. Les phénomènes inflammatoires cédèrent alors, et il parut en être résulté quelque amélioration pour les paupières, amélioration qui fut encore accrue par l'usage de lotions astringentes. Mais quatre semaines après l'opération, la dilatation variqueuse était revenue plus forte et plus intense qu'auparavant. M. Heidenneich se décida alors à avoir recours au procédé suivant, qui fut mis à exécution six semaines environ après la première tentative.

Il fit à la paupière supérieure un pli comprenant les tégumens jusqu'au muscle orbiculaire, et s'étendant d'un angle de la paupière à l'autre, comme pour l'opération de l'ectropion; et il l'excisa avec des ciseaux courbes sur le plat. Il put alors facilement réséquer avec les pinces et les ciseaux tous les vaisseaux variqueux mis à découvert, et dont quelques uns avaient le volume d'une plume de pigeon et de corbeau Ces vaisseaux furent recherchés dans le tissu cellulaire jusque dans le cartilage tarse; quelques-uns d'entr'eux contenaient encore du sang coagulé, dernier vestige sans doute de la première opération. Trois petites artérioles qui donnèrent du sang pendant l'opération furent tordues ou liées. Les bords de la plaie furent réunis par trois points de suture.

Cette première dissection avait été insuffisante pour détruire toutes les varicosités. Pour compléter l'œuvre, M. Heidenreich pra-

tiqua au dessous du sourcil gauche et dans une direction parallèle une incision d'un pouce et demi de long et d'un demi-pouce de profondeur, afin de pouvoir en partie couper les veines, en partie les exciser comme il avait fait sur la paupière. Cette nouvelle plaie fut également réunie par trois points de suture. Il restait encore les trois grosses veines dilatées qui du sourcil gagnaient le milieu du front : l'opérateur plaça une ligature autour de chacune d'elles. Vingt-cinq jours après l'opération, la guérison était parfaite.

(*Ammon's Monatsschrifft*, vol. 11, n° 1.)

Dans un cas de ce genre, il serait vraiment difficile d'indiquer un procédé plus sûr que celui auquel M. Heidenreich a eu recours. L'opération était donc rationnelle et devait être tentée. Serait-il prudent toutefois de se fier absolument au succès qu'il dit avoir obtenu, et d'aller inconsidérément en promettre un semblable ? Que la cicatrisation ait été parfaite au bout de vingt-cinq jours, cela n'a rien qui nous surprenne; mais partout où il s'agit de varices, il faut revoir les sujets longtemps après l'opération pour s'assurer qu'il n'y a pas eu de récidives. Ni l'art, ni le chirurgien ne sont sans doute infaillibles; ce qui fait la haute moralité de l'un et de l'autre, c'est de reconnaître les limites de leur puissance, et de ne pas promettre plus qu'ils ne peuvent tenir.

Obstétrique.

HÉMORRHAGIE PROMPTEMENT MORTELLE PRODUITE PAR LA RUPTURE D'UNE VARICE A LA GRANDE LÈVRE, *par le docteur* HESSE, *d'Emmerich.*

Une femme, enceinte pour la quinzième fois, avait depuis longtemps, au rapport de son mari, une tumeur volumineuse à la grande lèvre gauche. Le 7 novembre, cette femme, après avoir mangé de bon appétit, venait de se mettre au lit, lorsqu'elle fut prise tout-à-coup d'une perte de sang si considérable que son mari alla chercher la sage-femme ; elle arriva aussitôt, et manda en toute hâte le docteur Hesse qui trouva la malade à l'agonie. Le lit et le plancher étaient couverts de caillots de sang noir. L'orifice utérin était fermé, le vagin sec. La femme succomba au bout de quelques instants. L'opération césarienne fut pratiquée, mais l'enfant avait cessé de vivre. La matrice était vide de sang, le placenta fut trouvé partout adhérent. La tumeur n'existait plus; la grande lèvre, encore volumineuse était flasque. En la pressant, on fit sortir un jet de sang noir par une ouverture de près d'un demi-pouce de largeur. Cette ouverture conduisait tant en dehors qu'en arrière jusqu'au périnée dans des veines variqueuses. C'était une grosse varice qui s'était rompue. (*Berlin. medic. Zeitung*, n° 48, 1842.)

Les varices des grandes lèvres ou du vagin forment quelquefois une complication bien fâcheuse de la parturition, surtout lorsque la tête du fœtus est volumineuse et peu compressible, ou le bassin rétréci. L'obstacle au retour du sang veineux qui résulte d'une compression forte et longtemps prolongée donne lieu à la distension de la tumeur variqueuse et à sa rupture. L'hémorrhagie qui en est la conséquence est en général considérable, et peut être très rapidement mortelle. Sur sept observations rapportées par Stendel, Elsæsser et Riecke (*Arch. gén. de Méd.* 2ᵉ *série*, t. V, p. 146 et 608), cinq fois la rupture eut lieu pendant le travail et la mort en fut la conséquence. Le résultat fut le même, dans des circonstances semblables, chez une femme observée par Seulen (*Siebold's Journ.* IX. 188). La rupture a quelquefois lieu au moment même de la sortie de l'enfant, comme on le voit dans une observation de Riecke (*l. c.*) et dans une autre de Siebold (*Journ.* VIII. 573). L'hémorrhagie peut encore alors être assez grave, mais elle est certainement moins compromettante pour la vie de la femme. Enfin, le danger est moins grand encore et peut être plus facilement conjuré, lorsque la rupture n'a lieu qu'après l'accouchement. C'est ce qu'attestent un cas observé par Siebold (*Journ.* IX. 77), un second rapporté par Wittcke (*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, VIII. 249) et quelques autres consignés dans l'ouvrage de Mᵐᵉ Lachapelle. Ces différences tiennent sans doute au degré de rétraction de l'utérus, nulle ou presque nulle avant la sortie de l'enfant, fort incomplète encore au moment même de l'expulsion, très marquée au contraire après. La communication des veines des grandes lèvres avec le plexus veineux vaginal, de celui-ci avec les veines utérines, communication beaucoup plus large dans le cas de varices, explique l'abondance de l'hémorrhagie, la rapidité de la déplétion, la promptitude de la mort, alors que les veines de l'utérus conservent l'énorme développement qui est le résultat de la grossesse. On comprend au contraire que le resserrement considérable de ces vaisseaux qui a lieu après la rétraction de l'organe, c'est-à-dire après l'accouchement, préserve la femme de ces écoulements à flots pressés qu'on voit dans le premier cas; et que l'hémorrhagie ne saurait être aussi immédiatement dangereuse, aussi promptement funeste. Pendant la grossesse, les conditions particulières qui peuvent rendre ces hémorrhagies

presque foudroyantes existent au plus haut degré. On ne s'étonnera donc pas de l'issue malheureuse du cas que nous venons de rapporter. Nul doute pourtant qu'entre des mains habiles et expérimentées le résultat n'eût été plus heureux. La compression faite à temps eût sauvé la femme.

Les varices des grandes lèvres ne se rompent que fort rarement pendant la grossesse. Un coup, une chute, un choc, paraissent avoir été la cause occasionnelle de cette rupture dans quelques-uns des cas cités par les auteurs. Dans celui de Massot, qui a été l'occasion d'un excellent mémoire de M. Deneux, la rupture avait été spontanée et subite; mais un thrombus se forma d'abord, circonstance favorable qui oppose quelquefois une barrière momentanée et laisse le temps d'agir. Dans le cas de Hesse, le sang, au lieu de s'épancher, jaillit immédiatement. Ce n'est point ainsi que les choses se sont passées dans la plupart des cas. Lorsqu'il y a eu hémorrhagie à l'extérieur, le thrombus avait très souvent précédé; ce qui n'a pourtant point empêché la mort d'avoir presque toujours lieu très promptement après la rupture de la poche. Ce que Hesse a observé pour une varice de la grande lèvre, Murat, chirurgien de Bicêtre, l'a vu à la saphène interne; la rupture d'une varice de cette veine chez une femme enceinte produisit une hémorrhagie mortelle. (*Archives*, 1re *série*, XIV. 609.) On voit, par l'observation que nous empruntons à la *Gazette médicale de Berlin*, que sans effort, sans cause occasionnelle quelconque, pendant le repos, dans la situation horizontale, dans les conditions enfin les plus propres à prévenir l'accident dont nous nous occupons, les femmes ne sont pas toujours préservées du danger qui les menace.

Pharmacologie chirurgicale.

SUR UNE MEILLEURE PRÉPARATION DES POMMADES; *par M. Deschamps, d'Avallon.*

Frappé du peu d'altérabilité de l'onguent populéum, et pensant que sa conservation n'était due qu'à la matière résineuse que la graisse peut extraire des bourgeons de peupliers, M. Deschamps eut l'idée de voir, il y a quelques années, si la partie du benjoin qui est soluble dans la graisse ne jouirait pas de la même propriété que la matière résineuse des bourgeons de peuplier, et si, tout en donnant un produit agréablement aromatisé, elle n'empêcherait pas son altération. Il prépara donc, d'après ces vues, deux espèces de graisse, l'une avec le benjoin (*graisse benzinée*), l'autre avec les bourgeons de peuplier (*graisse populinée*).

℞ Benjoin grossièrement pulvérisé.................. 120 gramm.
Axonge nouvellement fondue 3000 —

Chauffez au bain-marie pendant deux ou trois heures, passez sans exprimer et agitez de temps en temps pendant le refroidissement.

℞ Bourgeons de peupliers..... 500 gramm.
Axonge nouvellement fondue 3000 —
Eau.................... 250 —

Chauffez dans une bassine étamée, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'humidité, passez à travers un linge et agitez de temps en temps pendant le refroidissement.

Ces graisses *benzinée* et *populinée* ne présentaient à l'odorat aucune altération, après plusieurs années. M. Deschamps les soumit à l'action de divers réactifs capables de faire connaître si cette conservation était réelle, et il reconnut qu'il n'existait aucune différence entre elles et les corps gras ordinaires. Ces graisses ainsi préparées sont donc beaucoup moins altérables que celles qu'on emploie pour la confection des pommades; elles en assurent la conservation; aussi M. Deschamps propose-t-il d'en substituer désormais l'emploi à celui de l'axonge, et voici à cet égard les formules qu'il donne.

Pommade d'iodure de potassium.

℞ Iodure de potassium......... 4 gramm.
Eau...................... 4 —
Graisse benzinée............ 30 —

Cette pommade peut encore être préparée avec de la graisse populinée ou avec du beurre (1), parce que, six mois après sa préparation, elle ne présente aucune altération.

Pommade de Lyon.

℞ Oxide rouge de mercure,.... 2 gramm.
Graisse benzinée........... 32 —
Huile volatile de rose....... 2 —

Cette pommade peut être préparée avec du beurre; mais elle ne se conserve pas aussi bien que lorsqu'elle a été faite avec de la graisse benzinée.

Pommade de Régent.

℞ Acétate plombique.......... 4 gramm.
Oxyde rouge de mercure..... 4 —
Camphre................... 50 centigr.
Graisse benzinée........... 80 gramm.
Huile volatile de roses..... 8 gouttes.

(1) M. Deschamps a reconnu que le beurre fondu avec soin était, après les graisses benzinée et populinée, le moins altérable de tous les corps gras.

Cette pommade ne peut être préparée qu'avec la graisse benzinée. Un an après sa préparation, elle est aussi belle que si elle venait d'être faite.

Pommade de Janin.

Préparée d'après la formule suivante, cette pommade n'est pas rance un an après sa préparation :

℞ Graisse populinée	20 gramm.
Tuthie préparée	10 —
Bol d'Arménie	10 —
Oxychlorure ammoniacal de mercure	5 —
Huile volatile de roses	5 gouttes.

Onguent rosat.

Pour avoir un onguent rosat d'une très longue conservation, il suffit d'ajouter, en le préparant, soixante grammes de bourgeons de peuplier par kilogramme d'axonge.

Onguent mercuriel double.

Cet onguent, préparé avec la graisse populinée, n'est pas rance onze mois après sa préparation.

Pommade pour les lèvres.

La pommade pour les lèvres se prépare dans presque toutes les pharmacies, en employant de la cire, de l'huile d'amandes, et quelquefois une petite quantité de blanc de baleine. La préparation suivante donne une bonne pommade qui ne rancit pas, et qui ne produit pas sur les lèvres une impression désagréable, due à la granulation de la pommade, granulation qui se forme dans une pommade même bien faite, par une variation brusque de température.

℞ Graisse populinée	120 gramm.
Suif nouvellement fondu, ou suif populiné	40 —
Orcanète	8 —

Placez le tout dans un poêlon étamé, chauffez à une faible température, passez à travers un linge, aromatisez avec :

Huile volatile de roses	12 gouttes.

Mêlez et faites refroidir promptement en remuant de temps en temps.

— La graisse populinée, en raison de la matière colorante qu'elle enlève aux bourgeons de peuplier, reçoit, de la part des substances alcalines ou de celles qui agissent de la même manière, une coloration orangée; il importe donc de préférer la graisse benzinée, à raison de sa blancheur, lorsque les pommades doivent être blanches, ou lorsque dans leur composition il entre un corps qui peut agir comme un alcali.

(*Journal de Pharmacie.*)

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION D'UNE HERNIE SCROTALE, ÉTRANGLÉE, SPHACÉLÉE, *sans causer les accidents principaux de l'étranglement et de la gangrène;* par M. DELAPORTE, *membre correspondant de l'Académie royale de médecine à Vimoutiers (Orne).*

Tous les signes que l'on a indiqués jusqu'ici comme pathognomoniques des hernies étranglées, considérés en particulier et isolément, peuvent être sujets dans beaucoup de cas à contestation; leur ensemble même laisse quelquefois du doute dans l'esprit des praticiens qui ont observé souvent ce genre de maladie. Or, à plus forte raison, des médecins de province, moins expérimentés que ceux qui exercent sur un grand théâtre, doivent-ils rencontrer des difficultés pour diagnostiquer les tumeurs herniaires.

C'est à la complaisance de mon confrère M. Aury du Sap que je dois les renseignements suivants.

Jean-Louis Ledoux, âgé de 55 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament assez fort, a vu se manifester, il y a cinq ans, la hernie inguinale qu'il porte au côté droit. Cette hernie était parfaitement réductible; aussi les parties qui la composaient, ayant fait saillie plusieurs fois dans le scrotum, il avait toujours réussi à les faire rentrer par le repos au lit et par la pression. Depuis deux ans seulement il se servait d'un bandage qu'il s'était appliqué tant bien que mal, comme le font ordinairement la plupart des personnes affectées de hernies.

Enfin, le 20 janvier au soir, à la suite d'un effort assez léger pour soulever un panier ou mannequin, la tumeur herniaire mal contenue se reproduisit. Le malade ne prévint personne de l'accident qui lui était arrivé, s'attendant à réduire la hernie, mais il ne put y parvenir. Il resta donc seul toute la nuit sans secours, et ce ne fut que le lendemain matin, vers huit heures et demie, que ses plaintes furent entendues, et que M. Aury fut appelé.

Voici la position dans laquelle ce jeune praticien le trouva.

La tumeur oblongue, du volume du poing à peu près, était dure, tendue, rénitente, mais sans douleur ni trace d'inflammation. Cependant la figure du malade exprimait la souffrance et l'anxiété. En effet, il avait eu dans la nuit plusieurs vomissements de matières alimentaires et bilieuses, puis des coliques

qui continuèrent dans la journée ainsi que la constipation, malgré des lavements. Du reste le pouls n'offrait aucun changement notable.

Le chirurgien du Sap n'hésitant pas à reconnaître l'utilité du taxis, le pratiqua longtemps et de différentes manières inutilement. Il prescrivit un bain, et, en attendant son administration, un cataplasme émollient fut appliqué sur la tumeur; puis, pendant et après le bain, et aussi après une saignée copieuse, il essaya à diverses reprises d'obtenir la réduction, toujours avec aussi peu de succès. Néanmoins le malade fut assez calme durant tout le jour; il put dormir dans l'intervalle des coliques, qui ne furent accompagnées qu'une fois d'un vomissement de bile pure pour ainsi dire. Le soir il prit un autre lavement, et on continua le cataplasme.

22. La position du malade ne s'aggrava point; il eut peu de soif et quelques coliques, sans fièvre et sans vomissements; en sorte qu'on espérait triompher de l'obstacle au cours des matières intestinales par les moyens ordinaires, avec d'autant plus de facilité que l'on croyait qu'il y avait plutôt engouement qu'étranglement. En conséquence le taxis fut répété, un lavement de tabac fut administré, et la tumeur fut couverte d'une vessie à moitié remplie d'un mélange réfrigérant.

23. L'application du froid, au dire du malade, produisit un bon effet, au point que, vers deux heures du matin, il aurait désiré avoir un médecin près de lui, pensant que la rentrée de l'intestin eût été possible. Mais bientôt survint une réaction inflammatoire. A sept heures, la tumeur fut trouvée plus volumineuse qu'elle n'avait été jusqu'alors, et la douleur, qui n'était sensible près de l'anneau inguinal que lorsqu'on exerçait une pression un peu forte, envahit toute la tumeur; puis le ventre parut ballonné. Si même on doit en croire la garde-malade, il y aurait eu dans la nuit des vomissements d'une odeur suspecte. Pour moi, j'en doute; car, depuis ce moment, l'examen des matières rendues n'a fait découvrir aucune matière fécale.

Ce fut alors que M. Bataille, autre chirurgien du Sap, fut adjoint à son confrère, et qu'ils convinrent ensemble de faire une application de vingt sangsues, qui fut suivie de l'usage d'un bain prolongé, dont l'effet fut de diminuer considérablement la tumeur et de la rendre indolente. Ces messieurs prescrivirent en outre un lavement purgatif, après avoir fait de nouvelles tentatives de réduction.

24. Ce jour-là je reçus l'invitation de visiter aussi le malade, et comme il était encore dans le bain, je profitai de cette circonstance pour opérer le taxis; mais je ne fus pas plus heureux que mes confrères.

Ensuite, réuni en consultation avec eux, je me fis rendre compte de tout ce qui avait précédé mon arrivée, et, vu l'absence des symptômes caractéristiques de l'étranglement, je fus d'avis que l'on pouvait différer la herniotomie. En effet, pas de hoquets, pas de vomissements, rien, en un mot, qui dût faire soupçonner l'existence d'un calme trompeur, tel que cela arrive dans le cas de hernie avec gangrène. Je proposai donc l'emploi de divers moyens dont j'avais moi-même constaté l'efficacité. Mais, après tout, il fallut, le 27 au soir, se décider à tenter les chances d'une opération que je croyais doublement contre-indiquée, car il pouvait exister aussi une entéro-péritonite à marche insidieuse. Mais la vérité est que ce fut l'absence des symptômes vrais de la hernie étranglée qui me fit considérer l'opération comme inutile et dangereuse.

Enfin, pressé par les circonstances, je me mis en devoir d'agir, et fus très surpris de trouver, à l'ouverture du sac herniaire, l'anse intestinale sphacélée et perforée. Cependant je ne me déconcertai pas trop, de peur de compromettre la vie du malheureux patient qui était attentif à tout ce qui se passait autour de lui, et afin de justifier, aux yeux des assistants, ma conduite opératoire. J'eus donc la prudence de respecter l'anneau inguinal, dans la crainte de détruire des adhérences salutaires qui devaient empêcher l'intestin de se retirer dans l'abdomen et prévenir par conséquent un épanchement de matières stercorales dans cette cavité. Mes efforts ont été couronnés de succès, sous le rapport de la conservation des jours du malade, ce qui du reste étonne beaucoup après les dangers auxquels il a été en butte avant, pendant et après l'opération de la hernie. Mais, à notre grand regret, il nous a été impossible de nous opposer à la formation d'un anus contre-nature, infirmité d'autant plus déplorable qu'elle expose sans cesse l'individu qui en est affecté à éprouver des maux de plus d'une espèce et le tient dans un état de santé qui le condamne à traîner pour le reste de ses jours une existence malheureuse.

Réflexions. — Maintenant je vais entrer dans quelques détails, afin de faire ressortir toutes les conséquences que l'on peut tirer de cette observation, et dans le but également de mettre le lecteur en garde contre des apparences souvent trompeuses qui ont lieu aussi bien en pratique chirurgicale qu'en pratique médicale.

Déjà j'avais eu occasion de présenter des considérations tendant à démontrer qu'il en est des symptômes caractéristiques de l'engouement et de l'étranglement comme de tous les symptômes sans exception, qui, chacun isolément, n'ont, dans la presque totalité des

cas aucune valeur positive (1). Mais l'observation ci-dessus rapportée est un nouvel exemple de hernie inguinale donnant lieu à des signes négatifs du véritable étranglement et de la gangrène.

Voici donc un singulier cas pathologique, qui justifie l'état d'incertitude où je me suis trouvé auprès du malade en question. En effet, j'ai dû craindre de compromettre l'art et la vie de ce malade, en lui pratiquant une opération non commandée par la nécessité, et qui est fort dangereuse par elle-même.

Dupuytren regardait le vomissement qui n'avait pas l'odeur stercorale comme un symptôme négatif de l'étranglement. Bref, il ne basait son diagnostic que sur ce caractère. Or, je me plais à croire que l'on ne me fera pas un crime de citer une pareille autorité, ainsi que le nom de M. le docteur Amussat, chaud partisan du taxis prolongé et gradué méthodiquement. Et, comme les faits sont plus puissants que les paroles, j'ajouterai que beaucoup de médecins conseillent de ne pas se presser d'opérer les hernies étranglées ; d'ailleurs, d'après l'expérience de M. Roux, la conséquence pratique de cette doctrine est que la guérison n'est pas toujours en raison du peu de temps qu'a duré l'étranglement herniaire.

D'un autre côté, d'habiles chirurgiens signalent les dangers de la temporisation et veulent que l'on opère quelques heures après l'étranglement, dès que l'on n'a pas réussi par le taxis à opérer la réduction d'une hernie étranglée, parce qu'il arrive quelquefois qu'en opérant on rencontre de graves désordres qui n'ont point été indiqués par la nature des symptômes ordinaires de l'étranglement. A l'appui de cette manière de voir, M. Ordinaire, médecin à St-Laurent-lès-Mâcon (Ain), a cité un cas de hernie étranglée, avec sphacèle de l'intestin, sans symptômes de l'étranglement. Et, pour rassurer les opérateurs, il est bon de leur rappeler le cas rare d'une hernie étranglée opérée avec succès sur un homme de 107 ans (2).

En vérité, c'est une position désespérante pour le chirurgien non encore expérimenté de ne pas savoir quel parti prendre entre ces deux opinions diamétralement opposées. Mais il existe quelque chose de plus difficile encore relativement au diagnostic des hernies.

Suivant M. Malgaigne, l'engouement n'est qu'un péritonite partielle qui réclame une médication antiphlogistique. Aussi pour lui, dans toutes les hernies intestinales anciennes, volumineuses, il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau étant beaucoup plus large que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie ; et dans les épiplocèles purs, de quelque volume qu'ils soient, c'est une péritonite que l'on prend pour un étranglement.

Conséquemment, dans ces deux cas bien spécifiés, M. Malgaigne rejette toute opération, à part le taxis au début et au déclin de l'inflammation ; mais il insiste sur le traitement antiphlogistique.

Ce chirurgien distingué sait très bien que sa doctrine sur les hernies a excité la critique de ses confrères ; mais, loin de refuser le débat, il le provoque au contraire dans un mémoire qu'il a publié dans son journal, lequel contient de nouvelles observations sur les pseudo-étranglements : et, pour ne pas dénaturer ses propres idées, je vais le laisser parler :

« Deux doctrines tout opposées se partagent en ce moment le monde chirurgical ; l'une qui attaque toute hernie soi-disant étranglée par le taxis forcé, l'autre qui ose à peine essayer le taxis et se hâte de recourir à l'opération. Je les rejette toutes les deux, comme purement empiriques et comme dangereuses à divers degrés ; attendu qu'elles confondent sous le même nom deux états fort divers et qui ne sauraient s'accommoder d'une thérapeutique uniforme. Pour les étranglements *vrais*, oui, il est plus sûr de procéder promptement à l'opération que de perdre un temps précieux à des tentatives de réduction presque toujours inutiles : pour les *faux* étranglements, presque jamais il n'est besoin de recourir à l'opération, et fréquemment le taxis même est nuisible.

« Cela étant, on peut se demander si ces faux étranglements sont bien communs, et s'il est vrai que l'opération doive être si souvent rejetée. Or, d'après mon expérience, il y a au moins trois faux étranglements pour un étranglement réel ; et, par exemple, depuis que j'ai pris le service de M. Cloquet, j'ai été appelé, soit à l'hôpital, soit en ville, pour cinq prétendus étranglements qu'on voulait opérer ; sur ces cinq cas un seul était un étranglement réel. J'ai opéré, la femme est morte ; les quatre autres étaient des pseudo-étranglements et ont guéri sans opération. »

L'auteur ajoute :

« Il y a tel cas d'inflammation où, si vous avez le malheur de réussir dans votre taxis, le malheur de réduire la hernie, vous don-

(1) C'est à la Société de médecine de Paris, dont j'ai eu l'honneur de recevoir une médaille d'émulation, avec le titre de correspondant, que j'ai adressé, il y a 15 ans, l'histoire d'une hernie qui m'a confirmé dans l'opinion que le diagnostic des maladies chirurgicales n'était point exempt d'erreurs graves.

(2) Voyez plus haut, page 96 de ce volume.

« nez lieu à une inflammation générale du « péritoine, au lieu de l'inflammation locale du « sac herniaire, et le malade paye de sa vie « ce déplorable succès (1). »

Il est donc de l'intérêt de la science et de l'humanité que toutes ces questions soient vidées au plus tôt. Que chacun y mette de l'attention et de la bonne foi, et on obtiendra des résultats satisfaisants qui éclaireront et qui guideront les hommes de l'art que leur position ne permet pas de se conduire par eux-mêmes faute d'expérience.

Avant de terminer cette notice, je dirai quelques mots sur le mode opératoire que j'ai suivi, afin que mes lecteurs apprécient ma conduite dans cette circonstance délicate.

L'opération étant reconnue indispensable, comme moyen extrême, je l'ai faite de manière à ne pas intéresser les parties qu'il importait de respecter, parce qu'il est d'une saine pratique de ne pas débrider quand on a à craindre des adhérences dont la destruction entraînerait inévitablement la mort. Aussi, un célèbre chirurgien, Louis, a dit quelque part que, dans les hernies avec gangrène, le défaut absolu de secours n'est pas toujours mortel, et que les ressources de la nature abandonnée à elle-même sont plus sûres en pareil cas que les secours de la chirurgie opératoire qui seraient mal dirigés. Or, je crois avoir été fidèle à ce précepte, et c'est ce qui m'a valu *un demi-succès*. Pouvait-on faire mieux? Cela ne me paraît pas vraisemblable. Seulement si l'on n'avait pas été d'abord induit en erreur sur le diagnostic, par l'obscurité des accidents inflammatoires, on aurait pu prévenir la terminaison gangréneuse à l'aide des antiphlogistiques que l'on aurait employés avec plus de persévérance. Et les antiphlogistiques n'étaient pas moins indiqués pour combattre l'inflammation du sac herniaire], s'il est vrai que cette lésion simulait ou l'étranglement ou l'engouement.

En définitive, un anus contre-nature subsiste, et sans doute il n'est pas possible de le guérir. Cependant j'ai vu en 1832 un cas de guérison opérée par les seuls efforts de l'organisme. Mais ce résultat heureux est si rare qu'on doit le considérer comme une exception thérapeutique, de telle sorte que le plus souvent on est réduit à rendre l'infirmité en question le moins insupportable possible.

Cependant celui-ci paraissant avoir son siége sur le gros intestin, le pronostic en est beaucoup moins grave; et en effet, la santé générale est si bien conservée que personne, en voyant le malade, avec son ancienne bonne figure, aller et venir à ses petites affaires, ne se douterait qu'il porte une pareille infirmité.

(1) Voyez ce mémoire dans ce volume, page 129.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS COMPLETS DE LA SCIENCE ET DE L'ART DU DENTISTE; par M. DÉSIRABODE, chirurgien-dentiste du roi, et ses fils, docteurs en médecine. — 2 vol. grand in-8°. — *Chez Labbé, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.*

Il ne manque pas d'Essais et de Traités sur l'art du dentiste; mais, soit que leurs auteurs aient espéré d'autres lecteurs que les gens de l'art, soit qu'absorbés par la partie mécanique de leur profession ils se soient par dessus tout préoccupés des travaux de l'atelier, il est bien peu de ces ouvrages dont la lecture puisse être fructueuse ou même supportable, et bien peu aussi qui figurent même dans les bibliothèques les mieux garnies. Celui que nous annonçons nous paraît appelé à de meilleures destinées; et tout d'abord par le choix et l'abondance des matériaux, par la saine et ferme critique à laquelle ils ont été soumis, enfin par l'ordonnance générale de l'œuvre, il se présente comme un livre vraiment scientifique.

Le plan que les auteurs ont adopté est aussi simple que complet. La première partie, comprenant le premier volume, se rattache plus particulièrement à la science; la deuxième partie à l'art. La première se divise en quatre chapitres, où sont traitées successivement l'*anatomie*, la *physiologie*, l'*hygiène* et l'*orthopédie*, et enfin la *pathologie* et la *thérapeutique* du système dentaire. La deuxième partie comprend, sous deux titres distincts, la *médecine opératoire*, puis la *prothèse* ou *mécanique dentaire*. Et enfin l'ouvrage est terminé par un *aperçu historique et chronologique* des principaux travaux publiés sur l'art du dentiste, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Pour l'anatomie et la physiologie, les auteurs ont recouru aux sources les plus récentes comme aux plus éloignées, et nous y avons trouvé bon nombre de faits qui ne sont pas suffisamment connus. D'une analyse de M. Lassaigne, par exemple, il résulte que les dents d'un enfant de deux ans contiennent plus de sels calcaires et moins de matière animale que les dents d'un enfant de six ans;

celles-ci plus que les dents d'un adulte, celles-ci plus que les dents d'un vieillard. A ces quatre termes, les proportions de la matière animale vont en croissant dans les termes suivants, 23, 28, 29, 33. L'ingénieuse explication de l'accroissement continu des dents des rongeurs, généralement attribuée à M. Oudet, est restituée par M. Désirabode à Lavagna qui écrivait en 1812. Nos auteurs ont à eux peu de faits et d'expériences en propre ; mais ce qui leur est propre, c'est la critique des faits acquis et souvent les conclusions nouvelles qu'ils en ont tirées.

C'est dans le chapitre qui traite de la médecine opératoire que l'expérience de M. Désirabode père lutte le plus fortement contre certains préceptes généralement répandus. Maury avait dit qu'on peut plomber une dent toutes les fois qu'elle est cariée et douloureuse; M. Duval, grande autorité, suivi en ce point par M. Malgaigne, défend au contraire de plomber les dents dans cet état. M. Désirabode admet bien en général ce dernier principe; mais il y pose des exceptions; et il est démontré qu'un grand nombre de personnes ne cessent de souffrir de dents cariés que lorsqu'on en a soustrait la cavité à l'action de l'air et des aliments. Nous avons nommé là M. Malgaigne; MM. Désirabode lui font en effet plusieurs fois l'honneur de critiquer certaines assertions par lui émises dans sa *Médecine opératoire;* et quelques-unes de ces critiques sont parfaitement fondées. D'autres pourraient être discutées; et surtout nous ne saurions admettre le dédain que professent nos auteurs pour le *tirtoir*, que nous considérons comme l'instrument le plus ingénieux et le plus utile pour l'extraction des dents de devant. Il faut que MM. Désirabode ne l'aient jamais employé, ou qu'ils n'en aient eu entre les mains que de mauvais; nous en appelons à eux-mêmes après une expérience ultérieure.

L'aperçu historique nous a paru plus complet que ce qui avait été auparavant publié sur le même sujet; les auteurs reconnaissent ce qu'ils doivent ici à M. Duval et à d'autres; mais nous regrettons de dire qu'ils n'ont pas mis dans cette partie de leur œuvre la même critique que dans les autres; ils ne semblent plus là sur leur terrain. Par exemple, ils font d'Aétius un médecin arabe vivant dans le IVe siècle; Aétius était Grec; il vivait, à ce qu'on présume, dans le VIe siècle, et au IVe siècle il n'y avait point de médecins arabes. A la page suivante, nous lisons qu'Érasistrate était petit-fils d'Aristote; nous ne saurions deviner d'où viennent de pareilles erreurs. Mais elles déparent un livre bien fait et utile; nous engageons donc vivement les auteurs à les faire disparaître, ce qui sera l'objet d'un carton ou deux.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.—25 *septembre.*—M. Malebouche écrit à l'Académie que le sieur Jourdant, inventeur prétendu de la nouvelle méthode de traitement du bégaiement, à l'aide de laquelle il se serait guéri lui-même, n'a rien inventé du tout; qu'il doit en réalité sa guérison à feu M. Malebouche son frère; et qu'il tient une déclaration signée par M. Jourdant, dans laquelle celui-ci s'engage sur l'honneur à ne jamais appliquer sur d'autres personnes ni divulguer les moyens curatifs qui lui avaient été communiqués.—M. Jourdant n'a pas répliqué, et cette affaire peut être regardée comme finie.

M. Plouvier communique des expériences sur la kératoplastie, ou transplantation de la cornée d'un animal sur l'œil d'un autre. Sur des lapins, M. Plouvier est parvenu plus d'une fois à obtenir la réunion de la cornée étrangère. Mais même dans ces cas exceptionnels la nouvelle cornée avait perdu sa transparence, et contracté avec l'iris des adhérences qui faisaient obstacle à la vision. Ce sont donc des expériences curieuses et rien de plus.

M. Guépin communique à l'Académie les résultats de 92 pupilles artificielles par lui pratiquées depuis trois ans, avec les conséquences qu'il a cru pouvoir en déduire. La première de ces conséquences est que les opérations de la pupille artificielle réussissent mieux en général que les opérations de cataracte. Nous adoptons volontiers cette proposition. Mais les autres étant plus controversables, nous attendrons la publication du travail de M. Guépin pour nous en occuper.

2 *octobre.*—M. Cornay adresse l'histoire de quelques essais qu'il a faits à l'hôpital Beaujon, pour extraire la gravelle par aspiration, à l'aide d'un instrument qu'il nomme *Lithéréteur.*—Commissaires : MM. Breschet et Velpeau.

9 *octobre.*—M. Millot, étudiant en médecine, communique des expériences tentées par lui dans le but d'opérer la dissolution des calculs urinaires à l'aide du suc gastrique. La plupart des calculs soumis à l'action de ce suc ont été plus ou moins ramollis, usés ou altérés dans leur texture. Le suc gastrique, au rebours des dissolvants tentés jusqu'à ce jour, agit fort peu

sur les matières salines des calculs, mais essentiellement sur la matière organique qui leur sert de ciment. Ajoutons que M. Millot n'a fait encore que des expériences de laboratoire, et qu'on ignore absolument si le suc gastrique injecté dans la vessie n'attaquerait pas les parois même de cet organe.—Commissaires: MM. Magendie, Payen, Chevreul et Dumas.

Académie de médecine.—26 *septembre*.—M. Londe fait un rapport sur diverses observations adressées par M. Levrat, de Lyon, et s'arrête particulièrement sur trois cas de superfétation. —D'après M. Levrat, la superfétation ne serait pas aussi rare qu'on le croit communément. Si elle paraît si rare, c'est que dans les cas de grossesse multiple les accoucheurs sont dans l'usage d'aller chercher le second enfant aussitôt après la sortie du premier, au lieu d'attendre le moment du second travail. L'auteur est porté à croire qu'il y a superfétation dans tous les cas de grossesse double; il n'est pas besoin pour cela que la matrice soit double. Enfin il rapporte un cas dans lequel la superfétation aurait eu lieu malgré une occlusion du vagin.

Ce dernier fait a d'abord suscité une incrédulité générale; M. Londe a répondu que l'occlusion était postérieure au dernier accouchement, ce qui enlève tout le merveilleux du fait et le rend infiniment plus croyable.

M. Royer-Collard a émis à cette occasion quelques idées qui, si elles arrivaient à démonstration, auraient une portée vraiment étrange. On sait, dit-il, qu'une chienne qui, après avoir été couverte par un chien d'une certaine espèce, et avoir fait sa portée, est couverte plus tard par un chien d'une autre espèce, peut faire une portée dont les petits ressemblent au premier. Il semblerait par là que le premier père a laissé quelque chose qui s'est empreint sur les produits de la deuxième copulation; et le second père n'aurait fait que donner occasion à la naissance d'un enfant déjà fécondé par le premier. *En d'autres termes,* ajoute M. Royer-Collard, *il ne me paraît pas impossible qu'une femme puisse faire des enfants d'un premier mari avec un second.*

Heureusement l'auteur a déclaré lui-même qu'il n'émettait encore ses idées que sous forme d'hypothèses; nous attendrons donc qu'il ait complété ses expériences pour les juger.

3 *octobre*.—M. Velpeau rend compte d'un travail de M. Delasiauve *sur l'action du nitrate d'argent dans les conjonctivites.* Nous y reviendrons.

M. Vannier lit, au nom de M. Delaporte, une observation de hernie scrotale étranglée et gangrénée, opérée avec succès. Nous avons donné cette observation dans notre *Bulletin clinique.*

M. Marchal (de Calvi), met sous les yeux de l'Académie le dessin d'un épispadias observé chez un jeune militaire, et qu'il considère comme une affection très rare.

10 *octobre*.—M. Blandin, à l'occasion du procès-verbal, relève l'opinion émise par M. Marchal sur la rareté de l'épispadias, et dit qu'il l'a vu au moins une dizaine de fois.—MM. Delens et Velpeau font observer que M. Blandin confond l'épispadias simple, avec l'épispadias qui accompagne l'extrophie de la vessie; ce dernier, sans être bien commun, n'est pas à beaucoup près aussi rare que l'épispadias simple dont on connaît en effet très peu d'exemples.

M. Leroy d'Étiolle écrit à l'Académie, au sujet de la communication de M. Millot à l'Académie des sciences (voyez plus haut), que les propriétés lithontriptiques du suc gastrique ont été déjà dénoncées par un élève de Spallanzani, qui avait remarqué aussi qu'il ne dissout pas la pierre elle-même, mais seulement le ciment organique qui en réunit les éléments. (*Expériences sur la digestion de l'homme et des différentes espèces d'animaux*, par Spallanzani; 1773, page CII.) M. Leroy ajoute qu'il a injecté du suc gastrique dans des vessies d'animaux, puis dans des vessies humaines, à la vérité en petite quantité; la vessie ne fut pas attaquée, mais les calculs ne furent pas dissous.

M. Villeneuve lit un rapport sur deux cas d'accouchement, à la suite duquel s'élève une discussion sur l'évolution spontanée du fœtus. Nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochain numéro.

—M. Malgaigne vient d'être nommé chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine.

— Traité des maladies des femmes, *qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées*, etc.; par H. Blatin et V. Nivet; Paris, 1842, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17. — Un vol. in-8°. Prix: 7 fr.

— Mémoire *sur le catarrhe de l'oreille moyenne et sur la surdité qui en est la suite*, par E. Hubert Valleroux, D. M. P., à Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, **17.** — In-8°, de 115 pages. Prix: 2 fr.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8° Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

NOVEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur le cystocèle vaginal; *par* M. MALGAIGNE.

Dans le cours de mes recherches sur les hernies, j'ai eu de fréquentes occasions d'agiter des questions de doctrine qui avaient été trop témérairement résolues, et dont quelques-unes même étaient restées complétement négligées. Ceci s'applique surtout à ces variétés de déplacements des viscères abdominaux qui se font chez la femme du côté du vagin, et qui ont reçu le nom générique de prolapsus. Il en est un, le prolapsus circulaire du vagin, dont la description se trouve dans tous les livres, et que je n'ai pas encore pu rencontrer dans la nature; un second, beaucoup plus commun que le précédent, était resté tellement inconnu qu'il n'avait pas de nom dans la langue chirurgicale, et que j'ai été obligé de lui créer celui de *rectocèle vaginal*; enfin je veux aborder aujourd'hui l'histoire d'un autre prolapsus beaucoup plus fréquent encore, et sur lequel cependant l'on ne possède que des données rares et fort incomplètes, le *cystocèle vaginal.*

Et d'abord cette dénomination même soulève déjà une discussion qu'il convient de vider. Le mot de *cystocèle* n'a été créé que dans le siècle dernier, pour caractériser une affection jusqu'alors inconnue; Verdier, dans son travail sur la hernie de la vessie, publié en 1753, dit qu'elle a reçu de quelques-uns le nom de *hernie cystique* ou *cystocèle;* mais il évite de s'en servir dans le cours de son mémoire. Hoin, dont l'essai parut à la suite de l'ouvrage de Leblanc, en 1782, adopta le dernier; mais il le fit du féminin, et écrivit la *cystocèle vaginale.* Chopart suivit cet exemple, imité encore par Boyer; et ce

n'est que dans ces derniers temps qu'on a commencé à dire *le cystocèle.* Cette discordance grammaticale se rencontre également pour d'autres mots qui ont la même désinence; quelques chirurgiens écrivent *un hydrocèle,* d'autres *une hydrocèle;* et jusque-là rien ne fait encore pencher notre choix. Mais il est constant que si quelques-uns de ces mots ont usurpé le genre féminin, aucun n'est exclusivement de ce genre; tandis qu'il en est que tout le monde reconnaît comme étant masculins: *le bubonocèle, le varicocèle, le sarcocèle,* etc. Tous venant de la même souche, ayant une même terminaison, me paraissent devoir être rattachés au même genre; c'est pourquoi j'écris *un hydrocèle, un rectocèle,* et par suite *un cystocèle.*

Le *cystocèle vaginal,* du moins à l'état simple, n'a été signalé que très tard, et il passe encore aujourd'hui pour une affection fort rare. La première observation que je sache est celle de Robert, publiée par Verdier; la deuxième fut communiquée à Hoin par Chaussier; une troisième fut publiée par Sandifort en 1777; Chopart, en 1791, n'en citait encore que deux autres, l'une d'Enjourbaut, chirurgien d'Avranches, et l'autre de Baudelocque; Sabatier, qui avait oublié de consulter Chopart, ne connaissait que les deux faits de Robert et de Chaussier, auxquels sa vaste expérience ne lui avait permis d'en ajouter qu'un troisième; et Boyer, plus pauvre encore, édifiait son article avec les trois faits de Robert, de Chaussier et de Sandifort. Richter en Allemagne, Monteggia en Italie, n'en savaient pas davantage; sir A. Cooper en Angleterre, n'en avait vu qu'un cas unique, auquel il en avait joint un autre communiqué par le docteur John Sims (1). Enfin, en 1833, lorsque M. Rognetta entreprit d'élucider l'histoire de cette maladie, il ne put que réunir à grand'peine les trois observations relatées par Boyer, les deux autres de sir A. Cooper, une sixième extraite d'un journal anglais, une septième qu'il avait recueillie lui-même; et complétant ces documents pratiques à l'aide de quelques expériences tentées sur le cadavre, il serait sans doute parvenu à tracer une description plus exacte que ses devanciers, s'il n'avait eu la malheureuse idée de rattacher au cystocèle vaginal le cystocèle périnéal, et de regarder comme deux nuances ou deux degrés de la même maladie, deux déplacements essentiellement différents.

Là s'arrête, pour ainsi dire, la première période de l'histoire du cystocèle vaginal. Jusque-là il est regardé comme une lésion rare, exceptionnelle, que n'ont pu rencontrer dans leur vaste clientèle les plus renommés praticiens; et il n'a fallu guère moins d'un siècle pour en ramasser péniblement une dixaine d'observations. Tout ce qui se rattache à son histoire est donc considéré comme une chose curieuse plutôt que comme une chose utile; il y a à cet égard un consentement universel.

C'est à partir de 1835 seulement que quelques voix s'élevèrent contre cette opinion générale; et d'abord, une sage-femme fort distinguée, M^me^ Rondet, ayant à faire prévaloir certains pessaires pour lesquels elle avait pris un brevet d'invention, se trouva ainsi à portée d'examiner un grand nombre de femmes affectées de divers prolapsus; elle réunit en quelques années jusqu'à 27 observations de cystocèles vaginaux, et écrivit sur ce sujet un petit mémoire qu'elle adressa à l'Académie royale de médecine. Un rapport fut fait à cette savante compagnie; mais tout en ayant l'air d'accepter comme positifs les faits de M^me^ Rondet, la commission déclarait pourtant qu'elle regardait toujours le cystocèle vaginal comme peu commun, en ajoutant qu'il était facile de le confondre avec d'autres hernies. L'Académie, visiblement préoccupée de la même idée, fit un accueil très froid à ce mémoire; la presse ne fut guère moins dédaigneuse, et je fus le seul à cette époque qui, dans la *Gazette médicale*, soutint, contre la commission et contre l'Académie, qu'en-

(1) Voyez *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie,* tom. II, page 33.—Leblanc, ***Précis** d'opérat. de chirurgie,* t. II, p. 368; — Sandifort, *Obs. anatomico-pathologicæ,* tom. I; — Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires,* édit. de 1821, tom. I, pag. 393; — Sabatier, *Médecine opératoire,* édit. de 1832, tom. III, pag. 678; — A. Cooper, *Œuvres complètes,* trad. française, pag. 364 et 365.

tre les hernies par le vagin le cystocèle était une des plus fréquentes ; et quelques mois plus tard, je le signalais comme étant la plus fréquente de toutes (1).

Depuis cette époque il a été publié peu de documents nouveaux pour l'histoire du cystocèle vaginal; et je ne vois guère à citer que quelques articles de M. Eguisier puisés dans la pratique de M. Tanchou, et plus récemment un mémoire de M. Jobert lu à l'Académie de médecine (2). Or, de ces deux auteurs, le premier se borne à insister sur la fréquence du cystocèle et du rectocèle, qu'il semble mettre à cet égard sur le même plan; le second professe que le cystocèle est *toujours accompagné de chute de la matrice*, ce qui ne tend à rien moins qu'à rayer de la pathologie externe le cystocèle vaginal simple, tel que je vais le décrire.

Je reviens donc aujourd'hui sur mes assertions antérieures, et je me propose avant tout de démontrer, non plus que le cystocèle vaginal est une affection très fréquente, non pas même qu'il est le plus commun des prolapsus vaginaux, mais d'abord qu'à l'état simple il est plus commun qu'à l'état compliqué, et ensuite qu'en le considérant dans l'un et l'autre état, *il est à lui seul aussi commun pour le moins que toutes les autres variétés de prolapsus prises ensemble.*

Je sais bien tout ce qu'une assertion aussi tranchée et en quelque sorte aussi violente peut rencontrer d'opposition. Lorsque M^me^ Rondet s'en alla dire timidement à l'Académie qu'elle avait vu à elle seule en quelques années plus de cystocèles que depuis 80 ans tous les observateurs ensemble, elle eut grand soin de rechercher pourquoi elle avait été si heureuse, de ménager une porte de salut à l'amour-propre des chirurgiens, et elle allégua que les femmes éprouvent une répugnance invincible à se soumettre à l'exploration des hommes. On lui répondit d'une façon assez fière que trop de femmes acceptent le ministère des accoucheurs pour que son explication fût valable ; et, en effet, je crois bien que cette raison n'est pas la bonne. Dites, si vous le voulez, que les chirurgiens, habitués à toucher sans voir et préoccupés de l'idée de la rareté extrême du cystocèle, ont glissé à côté sans le reconnaître, ou l'ont confondu avec leur prétendu prolapsus du vagin ; que, fréquemment aussi, consultés pour des accidents qui pouvaient dépendre d'une pareille tumeur, ils les ont attribués à toute autre cause, et n'ont pas même songé à l'exploration directe ; enfin peut-être est-il arrivé pour cette affection ce qui a eu lieu pour bien d'autres regardées aussi comme rares, et qui se sont révélées plus communes dès qu'on s'est occupé avec succès de leur traitement ; quoi qu'il en soit, les chiffres sont inexorables, et il n'est pas inutile d'ajouter qu'avant de me prononcer d'une manière aussi explicite, j'ai consommé cinq années à la vérification de résultats obtenus déjà dès 1835.

Durant les deux mois d'octobre et novembre 1835, il s'était présenté au bureau central des hôpitaux de Paris 435 individus venant chercher des bandages herniaires ou des pessaires; sur ce nombre il y avait 100 femmes; sur ces 100 femmes 30 portaient des prolapsus vaginaux. Ces trente femmes étaient réparties de la manière suivante :

8 étaient affectées de cystocèles simples.
3 — — de rectocèles simples.
2 — — de chutes de matrices ou métrocèles simples.
1 — — d'un cystocèle ou d'une hernie inguinale.
1 — — d'un cystocèle et d'une hernie crurale.
1 — — d'un cystocèle et d'une hernie ombilicale.
1 — — d'un cystocèle avec une exomphale et une hernie de la ligne blanche.
6 présentaient un cystocèle compliqué d'un rectocèle.
2 — un cystocèle joint à une chute de matrice.

---

(1) Voyez *Gazette médicale*, 1833, pag. 666 et 731 ; et 1836, pag. 220.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1838, pag. 263, 361 et 381.—*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1840, tom. VIII.

2 — un cystocèle avec chute de matrice et rectocèle.
1 — un rectocèle avec une chute de matrice.
1 — un rectocèle avec une hernie ombilicale.
1 — une chute de matrice au 2e degré avec un relâchement de la paroi vaginale postérieure, ou si l'on veut un petit prolapsus partiel du vagin.

J'ai présenté ainsi les cystocèles avec les hernies proprement dites qui s'y surajoutent quelquefois, afin de mettre le lecteur à même de juger du rapport qui existe entre les uns et les autres; et, pour le dire ici par avance, à l'exception de quelques femmes malheureusement constituées, on voit que presque toujours les prolapsus vaginaux ou les hernies abdominales se montrent isolément; et que l'une de ces affections, en épuisant la tendance des viscères à élargir la cavité abdominale, semble être une garantie contre l'autre. Mais il doit demeurer bien entendu qu'un cystocèle existant en même temps qu'une hernie inguinale, par exemple, restera toujours pour nous un cystocèle simple; et je n'admettrai comme complication réelle que la présence de quelque autre prolapsus vaginal.

Ceci bien établi, si vous considérez d'abord les cystocèles simples, vous en trouverez 12 pour 10 cystocèles compliqués. En ne comparant que les prolapsus simples, vous avez 12 cystocèles, 4 rectocèles, 2 chutes de matrice. Si vous examinez ensuite les cas où plusieurs prolapsus se compliquent, vous trouverez encore là, sur 12 cas, 10 femmes affectées de cystocèles, 9 de rectocèles, 6 de chutes de matrices, 1 de chute du vagin. Enfin, isolez chaque espèce de prolapsus, pour les additionner ensuite sans vous inquiéter du nombre des malades; il se trouvera pour les 30 femmes, 44 prolapsus ainsi répartis :

22 cystocèles.
13 rectocèles.
8 chutes de matrices.
1 prolapsus de la muqueuse vaginale.

C'est-à-dire la moitié juste pour les cystocèles. Je pourrais ajouter ici que dans l'espace de cinq années passées au bureau central, j'ai toujours retrouvé la même fréquence des cystocèles. Je l'avais annoncée à l'avance, dans le cours public que je fis au bureau central en novembre et décembre 1839; et alors, comme d'habitude, j'avais fait voir et toucher à mes élèves une grande quantité de cystocèles, quelques rectocèles, fort peu de chutes de matrices, et pas un seul cas de prolapsus limité au vagin. Mais quand je me décidai à mettre en ordre ce travail, je compris que ces résultats que je trouvais au fond de mes souvenirs ne pouvaient entraîner pour les autres une certitude égale à celle d'une nouvelle série d'observations bien recueillies; et quelque ennui qu'il y eût à rassembler encore les faits un à un sur une affection devenue pour moi si vulgaire, je résolus de profiter du dernier service que j'avais à faire au bureau central dans les mois de mai et juin 1840, pour prendre des notes exactes sur toutes les femmes qui se présenteraient à la visite avec des hernies ou des prolapsus.

Or, à part celles qui se présentèrent le 12 juin, jour où une indisposition m'empêcha de me rendre au cours; à part aussi peut-être quelques retardataires qui venaient après que nous avions quitté la salle des visites, nous soumîmes à l'examen dans ces deux mois 89 femmes, sur lesquelles 26 accusèrent des prolapsus par le vagin. Je me sers à dessein de cette expression; en effet, de ces 26 femmes, l'une, dont je rapporterai plus loin l'histoire, avait eu un prolapsus disparu depuis spontanément; une autre venait requérir un pessaire pour un prolapsus dont il n'existait dans le moment aucun vestige, mais qui se manifestait, au dire de la malade, dès qu'elle travaillait; il nous resta donc seulement 24 sujets bien examinés. La répartition s'en faisait de la manière suivante

9 cystocèles simples.
3 rectocèles.
2 chutes de matrice.

2 cystocèles avec hernie inguinale simple ou double.
1 cystocèle avec une exomphale.
4 cystocèles avec chutes de matrice.
1 cystocèle avec prolapsus partiel de la muqueuse vaginale ou cysto-élytrocèle.
1 rectocèle avec hernie inguinale.
1 rectocèle avec chute de matrice.

Vous voyez là 12 cystocèles simples contre 5 compliqués;—sur 6 femmes atteintes de plusieurs prolapsus à la fois, 5 portant des cystocèles;—et enfin, sur un total de 30 prolapsus, 17 cystocèles, 5 rectocèles, 7 chutes de matrice, et un prolapsus de la muqueuse vaginale. Comme je me suis assuré qu'aucune des femmes comprises dans le premier tableau ne se retrouvait dans le second, on peut donc établir un total général d'où ressortiront les proportions suivantes: pour 74 prolapsus,

39 cystocèles.
18 rectocèles.
15 chutes de matrices;
2 élytrocèles.

D'où l'on voit que mon assertion est pleinement justifiée, et que les cystocèles forment au moins la moitié du nombre de tous les prolapsus vaginaux pris ensemble.

J'ai attaché une grande importance à bien établir d'abord cette fréquence du cystocèle, parce que je la crois de nature à faire une petite révolution et dans le dogme et dans la pratique. Dans ces traités classiques où l'on parlait si complaisamment de la chute de matrice, accident assez rare, et de la chute du vagin, lésion infiniment plus rare encore, il faudra bien désormais accorder la première place au cystocèle et au rectocèle, dont on ne s'occupait pas. Dans la pratique, lorsque le chirurgien sera consulté pour certains accidents qui relèvent de l'un ou de l'autre, il aura désormais les yeux ouverts sur cette cause nouvelle; et, dans d'autres cas, si le toucher lui révèle un prolapsus quelconque à travers la vulve, il saura mieux de quelle importance est le diagnostic différentiel, attendu que les moyens qui conviennent à la chute de l'utérus, par exemple, seraient sans efficacité pour la hernie de la vessie ou du rectum.

Abordons maintenant l'étude des causes, et d'abord celle des prédispositions.

Certains âges n'apportent-ils pas ici une prédisposition réelle? M. Jobert écrit que le cystocèle apparaît à un âge avancé, *presque toujours au moins après la 40e année.* Cela paraîtra d'autant plus hasardé que les trois femmes dont M. Jobert rapporte l'histoire en avaient été atteintes précisément toutes trois avant 40 ans. De même, sur les 22 femmes de ma première série,

2 avaient eu leur cystocèle de 22 à 27 ans.
9 — — de 30 à 40
6 — — de 40 à 50
1 — — à 52 ans.
1 — — à 63
1 — — à 72

Sur les 17 femmes de la seconde série,

1 avait eu son prolapsus à 27 ans.
7 — — de 30 à 40 ans.
3 — — de 40 à 50
3 — — de 50 à 60
2 — — à 62 ans.

A s'en rapporter à ces chiffres, ce serait donc surtout dans l'intervalle de 30 à 40 ans, puis dans celui de 40 à 50 que se produiraient le plus communément les cystocèles; il y en aurait fort peu de 20 à 30, et point avant l'âge de 20 ans. Mais ce serait trop hâtivement conclure: d'une part les faits ne sont pas assez nombreux sans doute; et d'autre part nous ne saurions faire abstraction de ceux que possède déjà la science. En réunissant les observations rapportées par Robert, Sandifort, Chaussier, Sabatier, sir A. Cooper,

Mme Rondet, MM. Rognetta, Eguisier et Jobert, on arrive à un total de 19 cas où l'époque d'apparition du cystocèle a été suffisamment indiquée ; et l'on en trouve alors,

1 à 17 ans.
1 à 18
6 de 20 à 30 ans.
6 de 30 à 40
4 de 40 à 50
1 à 53 ans.

D'où l'on voit qu'il peut avoir lieu dans un âge beaucoup plus jeune qu'il ne m'a été donné de l'observer ; et comme d'un autre côté je l'ai vu arriver à 63 et même à 72 ans, il en résulte que nul âge, si ce n'est l'extrême jeunesse avant la puberté, et l'extrême vieillesse, ne peut jusqu'à présent s'en dire à l'abri. Je le répète d'ailleurs ; il faut, pour établir cette influence des âges, un nombre de faits bien plus considérable, sous peine de voir une série nouvelle, même très faible, ruiner les conséquences témérairement tirées ; c'est ainsi que, dans mon mémoire sur le rectocèle vaginal, j'avais noté que 12 femmes sur 13 avaient eu leur rectocèle avant 50 ans ; tandis que sur les cinq rectocèles observés en mai et juin 1840, je n'en trouve qu'un seul développé à 36 ans, et les quatre autres entre 50 et 60. On pourrait, il est vrai, se demander si le cystocèle simple n'affectionnerait pas d'autre période de la vie que celui qui est compliqué de chute de matrice par exemple ; mais en examinant toutes mes observations sous ce nouveau point de vue, je n'ai trouvé aucune différence assez sensible pour mériter quelque attention.

Toutefois, les cas de cystocèles apparus avant l'âge de 20 ans, et passé celui de 50, sont si rares qu'ils peuvent passer pour des exceptions ; et il y a une prédilection manifeste pour cette période de la vie où la conception joue un si grand rôle. Cette prédilection, nous l'avions trouvée de même pour le rectocèle vaginal, et elle se trouvait liée à une prédisposition résultant d'accouchements antérieurs. Le cystocèle n'échappe pas non plus à cette autre influence. Dans la série de 1835, sur 20 femmes qui purent préciser le nombre des couches qui avaient précédé l'apparition du prolapsus,

7 avaient eu 1 enfant.
2 — 2 enfants.
3 — 3
2 — 4
2 — 5
1 — 6
1 — 7
1 — 11
1 — 15

Et enfin revient ici cette femme dont il a été question dans mon mémoire sur le rectocèle, laquelle avait eu 17 enfants dont 9 en trois couches, et qui avait gagné à la fois un cystocèle et un rectocèle durant sa dernière grossesse.

Dans la série de 1840, trois femmes ne furent point interrogées sur ce point ; sur les 14 autres,

1 avait eu 1 enfant.
1 — 2 enfants.
4 — 3
1 — 7
1 — 8
1 — 9
2 — 11

La douzième avait eu plusieurs enfants auparavant, mais en ayant eu encore plusieurs après, elle ne pouvait fixer le nombre de ceux qui avait précédé le cystocèle. Les deux dernières n'avaient jamais été enceintes.

La plupart des observations des auteurs montrent également le cystocèle préparé pour

ainsi dire par un ou plusieurs accouchements antérieurs. Dans quelques cas ce point n'est pas noté, et il demeure douteux s'il faut accuser la négligence de l'observateur ou si le cystocèle s'était montré avant toute grossesse. Mais pour deux malades au moins le doute n'est pas permis. Le premier fait appartient à Sandifort; il concerne une vierge, *virgo*, âgée de 25 ans, sujette depuis plusieurs années à de violentes attaques d'hystérie, et à une toux convulsive sèche qui résistait à tous les antispasmodiques. Après ces accès de toux survenait une rétention d'urine, et ce fut en explorant alors la vessie que Sandifort reconnut le prolapsus. L'autre exemple, dû à sir A. Cooper, est celui d'une jeune fille, *a girl*, âgée de 17 ans, qui entra à l'hôpital de Guy pour un cystocèle vaginal assez volumineux; l'observateur ne dit rien de la cause qui l'avait produit. Pour ma part, jusque dans ces derniers temps, je n'avais pas rencontré de cas de ce genre, sans doute parce que j'avais négligé de m'enquérir de cette circonstance sur toutes les femmes qui m'avaient passé sous les yeux. Il est probable en effet que cela ne doit pas être excessivement rare, puisque j'en ai vu deux exemples dans le cours du mois de juin 1840. Le premier concernait une femme mariée, âgée de 48 ans, et qui avait eu un cystocèle simple à 45 ans, par suite d'une chute sur le siége. L'autre femme était une veuve, âgée de 62 ans; le cystocèle ne datait que de quelques mois, et était venu lentement; elle en attribuait la cause à ce qu'elle avait porté des baquets pleins d'eau. L'une et l'autre m'affirmèrent qu'elles n'avaient jamais été enceintes; leur âge, leur état civil ne laissaient guère soupçonner de motif de mensonge; et l'état de l'abdomen, de la vulve et du col utérin était parfaitement en accord avec leur assertion. Enfin, tout récemment j'ai eu occasion de traiter un cystocèle chez une demoiselle de 29 ans dont l'orifice vaginal fort étroit semblait témoigner l'intacte virginité; le prolapsus était survenu à l'âge de 27 ans.

M^me^ Rondet a rangé parmi les prédispositions les professions qui exigent un grand développement des forces musculaires; plusieurs de ses malades étaient blanchisseuses, d'autres domestiques, chargées du frottage des appartements. M. Jobert adopte cette idée, et signale de plus la station debout habituelle, et l'exercice fréquent des membres inférieurs. Cela est spécieux sans doute; mais l'habile chirurgien que je viens de citer appuyant ses assertions sur les faits publiés avant lui et non sur les siens propres, il faut bien établir que ces faits antérieurs sont trop peu nombreux et trop peu circonstanciés pour démontrer rien de semblable. Les vues étiologiques de M^me^ Rondet, mieux fondées en apparence, ne doivent encore être admises qu'avec une certaine réserve; si l'on traite des femmes du peuple, presque toutes travaillent plus ou moins; si l'on ne prend ses observations que dans les classes aisées, il n'y a plus de profession à accuser. J'ai noté la profession de 21 de mes malades, et j'ai trouvé qu'elles se répartissaient entre 14 professions différentes; d'ailleurs l'étude des causes déterminantes fera voir que l'influence de la profession doit être fort limitée. Il m'a paru toutefois assez remarquable de trouver sur ces 21 femmes, cinq blanchisseuses; l'humidité dans laquelle elles vivent aurait-elle pour effet de relâcher les tissus?

Il y a quelque chose de singulier dans la manière dont se développe le cystocèle. Sur les 22 femmes de ma première série, 20 seulement furent interrogées sur la cause qui l'avait déterminé; et sur ces 20, dix me répondirent que la tumeur était venue à la suite de couches; aucune, notez ceci, durant le travail de l'enfantement. La plupart ne pouvaient même fixer le jour où le cystocèle s'était produit; elles s'en étaient aperçues lorsqu'enfin elles avaient quitté le lit. Chez quelques-unes l'apparition ou du moins la découverte du prolapsus datait d'un peu plus tard; ainsi, chez une femme de 22 ans, le cystocèle s'était révélé quinze jours après un premier accouchement qui d'ailleurs avait été très facile; mais aucune de ces femmes n'accusait d'efforts, de chute, en un mot aucune cause violente extérieure ou intérieure. Sur les 17 malades de la deuxième série, 8 se trouvaient dans le même cas, et faisaient des réponses analogues.

Sur les 19 femmes restant dans les deux séries,

2 avaient eu leur cystocèle durant la grossesse; l'une à 7 mois; l'autre, sans fixer aussi précisément l'époque, nous dit vers la fin, la cause déterminante demeurant inconnue;

6 hors du temps de la grossesse et des couches, également sans cause connue; l'une d'elles, qui ne s'en aperçut que neuf mois après ses couches, regardait celles-ci comme l'ayant de loin déterminé;

1 à la fin de la grossesse, trois jours avant l'accouchement, mais cette fois en portant une charge;

4 hors du temps des couches ou de la grossesse, en soulevant ou portant des fardeaux;

3 à l'occasion de chutes; entre autres une femme de 45 ans en tombant sur le siége;

3 en travaillant: de ces trois l'une accusait ses occupations habituelles, sans pouvoir fixer le jour de l'apparition de la tumeur; chez les deux autres elle était venue plus manifestement par suite d'efforts: l'une l'avait gagnée en balayant, l'autre en tirant une voiture de porteur d'eau.

De telle sorte qu'en résumé, sur un total de 37 observations,

21 femmes, ou plus de moitié, avaient eu leur cystocèle en temps de grossesse ou de couches; et une seule sur ces 21 accusait un effort;

26, ou plus des deux tiers, l'avaient eu ainsi sans cause déterminante connue;

11 seulement, par suite d'efforts ou de chutes, à l'exclusion de toutes autres violences extérieures.

Je rappellerai ici que dans mon mémoire sur le rectocèle vaginal, je n'avais trouvé également que 4 femmes sur 14, moins du tiers, qui accusassent des efforts ou des violences du dehors; toutes les autres avaient été affligées de leur prolapsus à la suite de couches ou durant la grossesse.

Il resterait maintenant une question à élucider: les efforts de l'accouchement ne peuvent-ils passer pour une cause déterminante suffisante; et les femmes qui ont reporté à quelques jours plus tard la date de leur cystocèle ne le portaient-elles pas à partir de l'accouchement même? On pourrait penser, en effet, que tant que la femme garde le lit, le cystocèle, faisant moins de saillie, sera demeuré inaperçu, pour se révéler tout à coup dès que la marche l'aura fait proéminer davantage. Cette conjecture est spécieuse, et surtout elle satisfait l'esprit en assignant une cause matérielle, efficace, à une lésion qui autrement ne s'explique pas aussi bien; mais jusqu'à plus ample informé, il ne faudrait pas se hâter de prendre une hypothèse pour une réalité; et il faut se souvenir que d'autres cas fort nombreux de cystocèles, survenus en dehors du temps des couches, manquent également d'une cause déterminante au moins appréciable.

(*La fin au prochain numéro.*)

Observations sur les convulsions puerpérales, *lues à la société obstétricale de Dublin, par* **Robert Johns**, *vice-président de cette société, médecin assistant à l'hôpital des femmes en couche*, etc. (1).

Parmi les affections qui surviennent chez les femmes en couche, il y en a peu qui offrent plus de danger, qui exposent plus à une terminaison fatale, et certainement il n'en est pas de nature à exciter plus d'effroi parmi les assistants, que les convulsions puerpérales. Je ne veux pas ici essayer d'en faire l'histoire complète; je désire seulement signaler quelques faits pratiques sur lesquels les auteurs n'ont pas assez fortement insisté, et d'autres qui ont été complétement passés sous silence. Peut-être plusieurs de ces faits, sinon tous, sont-ils déjà connus des accoucheurs vieillis dans la pratique; car on ne saurait nier que la mortalité dans les convulsions puerpérales a considérablement décru depuis quelques années, circonstance que l'on ne peut guère expliquer que par une meil-

---

(1) *The Dublin Journal of med. science;* septembre 1845.

leure entente de la maladie et un traitement mieux approprié; mais ils peuvent avoir échappé aux jeunes praticiens, et je désire qu'ils trouvent à la fois de l'intérêt et de l'utilité dans ces observations, empruntées au livre de la nature, le seul qui mérite une entière confiance.

Le premier fait important sur lequel je veuille appeler l'attention, c'est que cette redoutable affection ne se montre pas sans avertissements valables et suffisants, mais qu'elle a des phénomènes précurseurs, qui, si l'on y porte une attention convenable, peuvent servir à faire éviter entièrement les convulsions. L'expérience m'a donné à cet égard une conviction pleine et entière; et d'ailleurs il me sera facile de le démontrer d'une manière péremptoire, à l'aide des observations que la bienveillance du docteur Johnson m'a permis d'extraire des registres de notre hôpital.

Tout le monde sait que dans les derniers mois de la grossesse, il survient très fréquemment un gonflement et un œdème des extrémités inférieures, et ces symptômes sont justement considérés comme une complication légère et sans danger. Mais si une pareille affection s'observe aux parties supérieures du corps, comme aux mains et aux bras, au cou et à la face, le cas requiert alors un examen plus attentif et plus sévère; car si, en même temps que ce symptôme, il existe de la céphalalgie, de la pesanteur de tête ou des étourdissements, des bourdonnements dans les oreilles, une perte temporaire de la vision, de vives douleurs à l'estomac, avec la face colorée, il y aura risque de convulsions, risque qui se convertira en certitude, 1° si la femme est à sa première grossesse ou a éprouvé de semblables accidents dans ses premières couches; 2° si la tête de l'enfant se présente comme dans l'accouchement naturel; et 3° si la femme est d'une constitution replète et pléthorique.

1°—Je sais parfaitement que l'on a rapporté quelques cas rares de femmes qui avaient eu pour la première fois des convulsions dans des grossesses postérieures; toutefois, sans combattre leur authenticité, ces cas sont en si petit nombre qu'ils ne sauraient infirmer le principe général que je cherche à établir; ce sont purement des exceptions à la règle. Et cette règle, à mon sens, peut être démontrée avec une évidence suffisante pour satisfaire tout observateur consciencieux et impartial. Je n'attache que peu de poids à mon expérience personnelle; mais, si limitée qu'elle soit, elle porte directement sur la question; car je n'ai jamais vu de convulsions que dans des premières grossesses, ou chez des femmes qui en avaient été déjà auparavant atteintes. Voici d'ailleurs d'autres preuves.

On peut voir, dans les observations empruntées au registre de notre hôpital, que 9 femmes qui eurent des convulsions et 12 qui en furent menacées dans le cours des deux dernières années, étaient toutes enceintes pour la première fois, à l'exception de 2, lesquelles avaient eu des convulsions dans leurs premières couches.

Le docteur Collins, dans son excellent *Practical Treatise on Midwifery*, rapporte 30 cas de cette affection, survenus dans cette institution pendant sa maîtrise; sur les 30 femmes 29 étaient primipares : la dernière avait déjà eu un enfant, mais elle avait eu des convulsions dans ses premières couches.

Sur 19 cas rapportés par le docteur Clarke, 16 se rattachaient à des premières grossesses.

Des 48 cas de convulsions énumérés par le docteur Merriman, 36 concernaient également des femmes primipares.

Des 46 femmes dont les observations ont été publiées par le docteur Robert Lee de Londres, 30 étaient à leur premier enfant.

Et dans aucun des cas exceptionnels rapportés par les docteurs Clarke, Merriman et Lee, et dont ils ont été témoins, il n'est dit en aucune manière si les femmes avaient eu, oui ou non, des convulsions dans leur premier travail.

2°—Les convulsions arrivent si rarement dans les présentations non-naturelles, que quand l'enfant présente une partie autre que la tête, il y a nécessairement très peu à craindre de les voir survenir. Ainsi, dans les 21 cas que j'ai vus à l'hôpital, la tête se

présentait invariablement; et je n'ai jamais rencontré pour ma part d'autre présentation.

Sur les 30 cas du docteur Collins, il y avait 29 présentations de la tête, et une seule des pieds.

Dans tous les cas du docteur Lee, le fœtus présentait la tête; et je tiens de lui qu'il n'a jamais observé de convulsions dans un accouchement non naturel.

Le docteur Johnson m'a informé qu'il avait vu une fois, mais rien qu'une fois, des convulsions dans une présentation des fesses.

Mais, à part la position de l'enfant, la longueur du travail paraît avoir une influence considérable sur la production des convulsions ; car une femme peut en avoir présenté tous les symptômes précurseurs, et cependant y échapper quand le travail se fait avec une grande rapidité; tandis que s'il se prolonge, elle n'a que peu de chances de les éviter, à moins qu'on n'emploie de bonne heure, à cet effet, des mesures actives. Ainsi, il résulte des faits observés dans notre hôpital, aussi bien que du tableau du docteur Collins, que rarement les convulsions arrivent avant que le travail ait déjà duré plusieurs heures. Ce sont là deux points importants pour lesquels je suis arrivé à des conclusions différentes de celles de M. Velpeau, qui professe que la mauvaise position de l'enfant est une cause de convulsions, et qui compte le travail accéléré parmi leurs causes excitantes.

En confirmation de ces idées, on peut observer que dans la plupart, sinon dans tous les cas qui se sont offerts à mon observation, les mêmes symptômes précurseurs s'étaient montrés avant le travail; et je pense que si on leur avait donné à cette période toute l'attention requise, les convulsions subséquentes auraient pu être évitées, attendu que, chez d'autres femmes qui avaient présenté les mêmes symptômes, l'adoption d'un traitement préventif dans le dernier mois de la grossesse a produit évidemment l'effet désiré. Ce traitement consiste (pour les cas légers), dans l'administration de potions purgatives ou laxatives, de manière à régulariser l'action des intestins et à tenir le ventre modérément ouvert, en y joignant des diurétiques, et la libre exposition de la femme au grand air ; et cela est généralement suffisant. Mais si le cas est urgent ou menaçant, il faut recourir à la saignée par la lancette. Règle générale, cette évacuation doit se faire très largement, en se dirigeant toutefois, comme dans tout autre cas, selon la force, le tempérament et la constitution des malades, et peut-être aussi selon la période à laquelle on est appelé. La saignée peut être modérée en proportion de l'éloignement du travail; mais quand celui-ci est commencé, il n'y a pas de temps à perdre ; le traitement doit être actif, énergique et décisif; à cette période l'administration du tartre émétique à doses nauséeuses est une excellente ressource.

Les convulsions, sous l'influence de ce traitement, deviennent rarement fatales par elles-mêmes ; mais elles semblent fréquemment prédisposer à l'inflammation du péritoine ou de l'utérus, qui peut apparaître vers le deuxième ou troisième jour après la délivrance, et qui suit généralement une course rapide. Ainsi, la femme échappée aux convulsions a un autre danger à courir, et l'autopsie des malades mortes après les attaques prouvent que la mort est due à une métrite ou à une péritonite. Chez les deux femmes qui ont succombé dans notre hôpital, on verra que la péritonite s'est déclarée dans un très court délai, et a été très rapidement mortelle; et plusieurs autres qui ont guéri ont été frappées de la même affection, bien qu'à un moindre degré d'intensité. Dans trois des cinq cas rapportés par le docteur Collins, il y avait aussi des traces manifestes d'une inflammation abdominale. La connaissance de ce fait contribuera à diminuer la mortalité après cette redoutable maladie, si elle conduit à faire adopter un plan de traitement prophylactique, tel que l'administration du mercure à petites doses ; et si nos efforts échouent, et que la péritonite se déclare, nous avons encore l'avantage d'avoir fait prendre à la malade une certaine quantité de ce médicament, circonstance de la plus grande importance si l'on considère la marche rapide de ces sortes de cas.

Des faits que je viens de signaler, résulte une conséquence trop évidente pour avoir besoin d'y insister : c'est qu'il importe à tout médecin de visiter sa malade et de s'assu-

rer de la santé générale durant les derniers mois de la grossesse, et plus particulièrement si elle est enceinte pour la première fois.

Feu le docteur John Clarke de Londres, dans ses *Practical Essays on the management of Pregnancy and Labour*, a donné sur ce point quelques remarques d'une haute valeur; j'en reproduirai l'extrait suivant :

« En ce qui concerne le régime général des femmes grosses, nous devons toujours nous rappeler que la marche du prochain travail et ses conséquences dépendront beaucoup de l'état antérieur de la santé de la femme. Dans toutes les prescriptions faites durant la grossesse, il faut donc considérer les effets qu'elles peuvent produire et sur l'accouchement et sur la santé de la femme après l'accouchement.

« La disposition naturelle des femmes enceintes tourne vers la pléthore, et vers ces affections qui ont été dénommées *maladies par accroissement d'action.* Si cette disposition pléthorique et cette action augmentée sont entretenues ou aggravées par une alimentation peu convenable ou échauffante, par un violent exercice, par l'usage immodéré et imprudent des liqueurs fortes, il est évident que l'excitation produite par le seul effet du travail de l'enfantement sera suffisante, dans une constitution ainsi prédisposée, pour produire de la fièvre. Pour s'en tenir à l'abri, les femmes, durant leur grossesse, doivent éviter avec le plus grand soin tout excès de table, et suivre un régime de nourriture qui ne les excite ni durant la digestion ni après. Les fruits, les légumes, le laitage, sont particulièrement convenables, en y joignant l'usage très modéré des viandes, des liqueurs fortes et des épices. L'exercice est utile, mais pris également avec modération, et autant que possible dans un air pur.

« Avec une attention constamment dirigée sur tous ces points, nous conduirons si bien les femmes à travers la grossesse, qu'elles arriveront à l'accouchement en parfaite santé, avec la constitution préparée à soutenir tous les efforts du travail, et sans les exposer le moins du monde aux affections qui en sont la suite. »

Je n'ai plus qu'à répéter ce que j'ai déjà avancé avec une conviction entière, que les convulsions puerpérales n'arrivent presque jamais que dans les cas de premières couches, ou quand l'enfant présente la tête; d'où il suit pour la pratique, que la même classe de symptômes qui, avec ces deux conditions, donneraient à craindre une attaque de convulsions, deviennent presque entièrement insignifiants quand la femme a déjà eu des enfants sans avoir d'attaques de ce genre, ou quand la présentation est non naturelle. Mais lorsque ces symptômes précurseurs montrent le péril imminent, il est de la plus grande importance de prévenir les convulsions autant que possible, non-seulement à cause du danger qu'elles entraînent immédiatement et directement, mais parce qu'elles laissent un germe de maladies formidables pour plus tard, ainsi que le montre le fait suivant :

Une dame âgée de 40 ans, ayant eu une attaque d'apoplexie, en est restée paralysée d'un côté, et traîne ainsi sa misérable existence, ayant aussi presque perdu l'intelligence. Par l'histoire des antécédents, on voit qu'elle a eu ce gonflement à la face et aux membres supérieurs que j'ai décrit plus haut, accompagné de céphalalgie, dans sa première grossesse. Le médecin n'y fit pas attention; et quand le travail arriva, elle fut prise d'une violente attaque de convulsions puerpérales. Depuis cette époque jusqu'à l'intervention de l'hémiplégie, la malade avait de temps à autre éprouvé des maux de tête, qu'elle-même et ses amis considéraient comme la conséquence des convulsions puerpérales, attendu qu'elle n'en avait jamais souffert auparavant.

Il reste à signaler un autre fait qui se rattache aussi à l'histoire des convulsions puerpérales, et qui n'est pas sans importance. Lorsqu'une femme, sujette antérieurement à des attaques d'épilepsie, se marie et devient enceinte, on peut demander si l'affection antérieure exercera une influence fâcheuse sur la grossesse et sur l'accouchement. Or, bien que l'épilepsie ait été regardée par quelques-uns comme une prédisposition aux convulsions puerpérales, et que les deux affections semblent être de même nature, je dirai cependant que l'épilepsie paraît soumise à une toute autre loi, tellement que les

femmes qui en étaient atteintes semblent moins sujettes à ses attaques durant la grossesse que dans tout autre temps.

Baudelocque dit que, lorsque l'épilepsie est une affection constitutionnelle, les accès qui surviennent durant la grossesse n'ont aucune influence fâcheuse sur la gestation. Velpeau écrit que la grossesse paraît suspendre entièrement les accès d'épilepsie. Je ne saurais adopter ce sentiment dans toute son étendue; car il est des femmes qui ont des accès de temps à autre durant la gestation ; et tout récemment il s'en est présenté un cas remarquable dans notre hôpital. Une femme entra dans la salle de travail avec des brûlures à la face fort étendues et non encore guéries; ces lésions provenaient d'un accès d'épilepsie qu'elle avait eu quelques jours avant l'accouchement, et pendant lequel elle était tombée dans le feu. L'accouchement n'en fut pas moins heureux, et elle n'eut ni convulsions ni rien qui y manifestât la moindre tendance.

Mais il ne saurait, à mon avis, rester aucun doute sur ce point, que souvent les femmes épileptiques, durant leur grossesse, demeurent exemptes de tout accès, ou du moins que la rigueur de ceux-ci est fort mitigée. J'ai ouï le docteur Johnson faire cette remarque dans ses cours, et pour mon compte j'ai eu de nombreuses occasions de la vérifier. Des cas multipliés que la pratique de l'hôpital m'a fourni l'occasion d'observer, il n'y en a pas eu un seul dans lequel des convulsions soient survenues, ni durant la grossesse, ni dans le travail, ni même immédiatement après ; mais quelques femmes ont éprouvé un retour de leurs attaques quelques jours après la délivrance, attaques du reste qui se terminaient sans aucun traitement. Nous en avons vu l'année dernière à l'hôpital un cas remarquable, et qui aurait bien dû amener des convulsions puerpérales, s'il y avait le moindre rapport entre les deux maladies. Une femme sujette à l'épilepsie depuis son enfance, d'une petite taille, avec un bassin peu développé, enceinte pour la première fois, et chez qui le travail fut lent et difficile, n'en demeura pas moins tranquille durant son séjour, et quitta l'hôpital sans avoir eu le moindre symptôme de convulsions.

OBSERVATIONS.

1° *Symptômes précurseurs négligés, suivis des convulsions dans le travail.*

Obs. I.—Mary Horan, 26 ans, primipare, entra à l'hôpital le 15 février 1841. Après 27 heures de travail elle donna naissance à un garçon vivant. Dès que la tête qui se présentait la première fut sortie, la femme fut prise de convulsions qui cédèrent à la saignée et à la potion émétisée. Il paraît que, dans les derniers mois de sa grossesse, elle avait beaucoup souffert de maux de tête avec obscurcissement de la vision et paralysie du bras droit; elle se rétablit parfaitement et quitta l'hôpital le 8e jour après son entrée.

Obs. II.—Mary-Anne Dunne, 21 ans, primipare, fut admise à l'hôpital le 19 avril 1841; elle était prise de convulsions qui étaient survenues après 16 heures de travail. Tous les fœtus (elle en portait trois, deux garçons et une fille) se présentèrent naturellement, bien qu'il fallût recourir aux instruments pour les extraire. Les convulsions furent vaincues par le traitement accoutumé, la saignée, la purgation et la potion émétisée (1); mais, le deuxième jour après la délivrance, éclatèrent des symptômes de péritonite qui l'enlevèrent en 36 heures.

L'autopsie fut faite 12 heures après la mort. Le péritoine était généralement enflammé, surtout dans la région des ovaires; la cavité abdominale contenait un peu de sérosité et de lymphe coagulée, mais molle et sans consistance; les ovaires, accrus jus-

(1) Ce traitement n'étant pas donné avec tous les détails nécessaires, nous croyons devoir transcrire ici ce qu'en dit le docteur Collins, qui paraît avoir le premier employé l'émétique dans ces circonstances à l'hôpital des femmes en couche de Dublin.

« Dans tous les cas graves de convulsions puerpérales, dit-il, après *une large saignée*, et après avoir agi vigoureusement sur les intestins avec le calomel et le jalap, je cherche à mettre les malades sous l'influence du tartre émétique administré de manière à produire des

qu'au triple de leur volume naturel, étaient infiltrés de sérosité, dans une désorganisation complète, contenant dans leur intérieur beaucoup de petits corps d'apparence vasculaire. Les ligaments larges et les trompes de Fallope étaient fortement vascularisés.

Cette femme, durant les derniers mois de sa grossesse, avait beaucoup souffert d'un gonflement œdémateux aux mains, à la face et aux pieds, sans compter, de temps à autre, des maux de tête violents.

Obs. III.—Maria Galbraith, 25 ans, primipare, entrée à l'hôpital le 11 juin 1841. L'enfant, qui était une fille, présentait la tête ; au bout de 40 heures de travail, la mère fut prise de convulsions qui furent combattues avec succès par la saignée, la purgation, la potion émétisée ; et l'on retira l'enfant à l'aide du crochet. Elle se rétablit lentement et quitta l'hôpital le 3 juillet.

Devenue enceinte une seconde fois, elle eut également durant le travail des convulsions, suivies cette fois de péritonite, de laquelle elle se rétablit lentement, mais heureusement.

Obs. IV.—Catherine Skelly, 19 ans, primipare, entra à l'hôpital le 29 juillet 1841 ; l'enfant, qui était une fille, présentait la tête, et sortit morte au bout de 5 heures de travail. Immédiatement après la délivrance elle fut prise de convulsions ; mais celles-ci cédèrent promptement à l'administration de la potion émétisée ; et le 5 août la femme quitta l'hôpital, 8 jours après son entrée.

Durant sa grossesse, elle avait beaucoup souffert de maux de tête, compliqués de gonflement et d'œdème aux membres supérieurs.

Obs. V.—Sarah Maypowdre, 17 ans, primipare, entra le 28 octobre ; l'enfant était une fille mort-née, qui avait présenté la tête. Après 14 heures de travail, les convulsions survinrent et cédèrent à la saignée, à la purgation et à la potion émétisée. Le 4e jour après les couches, il se déclara une péritonite qui fut combattue avec succès, et la femme quitta l'hôpital en parfait état le 31 du même mois, 12 jours après l'accouchement.

On sut ensuite qu'elle avait souffert de violents maux de tête, et avait eu quelques accès de convulsions durant le dernier mois de sa grossesse. Elle revint faire à l'hôpital ses deuxièmes couches, et cette fois n'eut point de convulsions.

Obs. VI.—Rosanna Capper, 20 ans, primipare, entrée le 19 février 1842. Après 10 heures de travail elle fut prise de convulsions, et ne tarda pas à accoucher d'une petite fille vivante qui s'était présentée par la tête. Les accès furent apaisés et finalement dissipés par le traitement ordinaire : saignée, purgation, potion émétisée. Le 4e jour après l'accouchement, survint une métrite, dont la femme guérit ; et elle quitta l'hôpital le 15 mars, parfaitement rétablie.

Dans les derniers mois de sa grossesse, cette malade avait beaucoup souffert de maux de tête, d'un œdème considérable aux mains et à la face, avec des rougeurs, et une douleur fixe au centre du front.

---

nausées sans vomissement. Dans ce but on donne chaque demi-heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

℞ Eau de pouliot........... ℥ iij (90 grammes).
Tartre émétique.......... gr. viij (40 centigr.).
Teinture d'opium......... gutt. xxx.
Sirop simple............. ʒ ij ß (10 grammes).

« La quantité d'émétique est augmentée ou diminuée suivant l'urgence des symptômes et la force de la malade. »

La dose du calomel, d'après le docteur Halpin qui a vu ce traitement réussir nombre de fois dans le même hôpital, est de 10 à 15 grains, en une fois, seul ou combiné avec le jalap. La potion émétisée est surtout héroïque dans le cas de travail lent et pénible, où la rigidité du col utérin empêche d'introduire la main dans la matrice et d'accélérer l'accouchement.

(*Même journal et même numéro.*)

Obs. VII.—Eliza Lawrence, 25 ans, primipare, fut apportée à l'hôpital le 18 mai 1842, durant un accès de convulsions qui l'avaient prise après 17 heures de travail. Le fœtus était mort-né; c'était une petite fille qui s'était présentée naturellement. Les convulsions furent arrêtées par le traitement ordinaire: saignée, purgation, potion émétisée. Le 3e jour après l'accouchement la malade fut attaquée d'une métro-péritonite, à laquelle elle succomba le lendemain.

A l'autopsie, on trouva une abondante quantité de sérosité couleur-paille, avec des lambeaux de lymphe flottante, épanchée dans la cavité abdominale; un peu de lymphe coagulée adhérait aussi aux intestins, qui étaient plus pâles qu'à l'état normal, et considérablement distendus par des gaz. L'utérus était mou, non suffisamment revenu sur lui-même; sa surface externe était pâle, et l'interne recouverte d'un mucus noir sécrété par ses parois; le tissu du col, dans l'épaisseur d'une ligne intérieurement, de même que le museau de tanche, étaient fortement colorés en noir et dans un état de putrilage. Les ovaires mollasses, contenant un liquide séreux. Un corps jaune existait dans l'ovaire droit, mais l'on eut beaucoup de peine à le découvrir, étant presque entièrement désorganisé.

Cette femme, durant les derniers mois de sa grossesse, avait beaucoup souffert de maux de tête, auxquels s'étaient joints du gonflement et de l'œdème à la face et aux membres supérieurs et inférieurs.

Obs. VIII.—Anne M'Fadden, âgée de 22 ans, enceinte pour la seconde fois, fut admise à l'hôpital le 7 juin 1842, et mit au monde une petite fille mort-née, après huit heures d'un travail naturel. Elle fut prise de convulsions 8 heures et demie après l'accouchement, et en fut délivrée par le traitement ordinaire. Le lendemain se déclara une péritonite de laquelle elle réchappa encore, et elle quitta l'hôpital parfaitement rétablie le 8e jour de ses couches.

Cette femme, dans les derniers temps de sa grossesse, avait eu de violents maux de tête, compliqués de gonflement et d'œdème des extrémités supérieures, et avait déjà eu des convulsions dans sa première couche. Elle est aujourd'hui enceinte pour la troisième fois, et prend les mesures propres à prévenir des convulsions nouvelles, ayant déjà la plupart, pour ne pas dire tous les symptômes précurseurs.

Obs. IX.—Mary Callaghan, 21 ans, primipare, entrée le 7 juin 1842, accouchée d'un garçon; présentation naturelle. Après 50 heures de travail, elle fut prise de convulsions qui cédèrent au traitement ordinaire; et finalement l'enfant fut extrait à l'aide du crochet. Trois jours après survint une péritonite de laquelle elle réchappa, et elle quitta l'hôpital parfaitement rétablie le 12e jour après son accouchement.

Cette femme avait souffert de vives douleurs de tête, combinées avec un gonflement et un œdème des extrémités supérieures durant les derniers mois de sa grossesse. Elle avait été menacée de convulsions qu'on avait évitées par le traitement approprié.

2° *Symptômes précurseurs ; convulsions évitées par le traitement approprié.*

Obs. X.—Mary Rynd, âgée de 20 ans, enceinte pour la première fois, fut admise à l'hôpital le 19 novembre 1841, souffrant beaucoup de maux de tête, compliqués de gonflement et d'œdème à la face et aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, prit la potion émétisée, eut un accouchement naturel qui se termina en 4 heures, et mit au monde un garçon vivant. Le lendemain se déclara une péritonite qui céda au traitement. Le 27, 8 jours après son entrée, elle sortit parfaitement rétablie, sans avoir éprouvé un seul accès de convulsions, ni aucun retour des symptômes précurseurs.

Obs. XI.—Maria Carroll, 24 ans, primipare, entrée le 17 octobre 1841. Après 40 heures de travail apparurent quelques-uns des symptômes précurseurs des convulsions, une céphalalgie intense, compliquée de gonflement et d'œdème aux membres supérieurs. Néanmoins, après avoir été saignée, purgée et émétisée, elle se délivra rapidement d'une fille mort-née, et quitta l'hôpital 10 jours après, parfaitement rétablie, et n'ayant eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XII.—Honora Reilly, 30 ans, primipare, entrée le 17 décembre 1841. Après 22 heures de travail, elle se plaignait beaucoup de mal de tête, et était extrêmement agitée. Elle fut saignée, purgée, émétisée; et peu après elle mit au monde un garçon vivant qui était venu par la tête. Huit jours plus tard elle quitta l'hôpital parfaitement rétablie, n'ayant eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XIII.—Anna Smith, âgée de 18 ans, enceinte pour la première fois, entra le 23 décembre 1841, se plaignant beaucoup d'un mal de tête combiné avec du gonflement et de l'œdème aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et après 4 heures de travail donna le jour à une fille vivante. Le 8e jour elle sortit parfaitement rétablie, sans avoir eu de convulsions ni de retour des symptômes précurseurs.

Obs. XIV.—Mary Conway, âgée de 23 ans, enceinte pour la seconde fois, entra le 8 mars 1842, avec une céphalalgie intense et un gonflement œdémateux des membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et après 8 heures de travail mit au monde un garçon vivant. Elle sortit parfaitement rétablie, huit jours après son accouchement, sans avoir eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Cette femme avait eu des convulsions dans ses premières couches.

Obs. XV.—Elisabeth Barnes, âgée de 24 ans, primipare, entra le 10 août 1842, se plaignant beaucoup d'une céphalalgie combinée avec un gonflement et un œdème des membres supérieurs, phénomènes qui dataient des derniers mois de la grossesse. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et après un travail naturel qui dura 22 heures, accoucha d'une fille vivante. Elle sortit huit jours après, sans avoir eu ni convulsions, ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XVI.—Sarah Pepper, âgée de 24 ans, entra le 21 mars 1842, souffrant d'une céphalalgie intense, combinée avec du gonflement et de l'œdème aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et accoucha naturellement après un travail de 8 heures, d'une petite fille vivante, sans avoir ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Trois jours après survint une péritonite, qui fut conjurée par le traitement, et elle sortit parfaitement rétablie, le 8e jour après son entrée.

Obs. XVII.—Ellen Kelly, âgée de 19 ans, entra le 13 mai 1842, accusant un violent mal de tête, ayant en outre un gonflement œdémateux aux membres supérieurs, une paralysie du bras droit et une grande douleur dans l'épaule. Elle fut saignée, purgée, émétisée, eut un travail de 8 heures de durée et accoucha d'une petite fille vivante. Elle sortit huit jours après, sans avoir eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XVIII.—Margaret Reynolds, âgée de 21 ans, primipare, se présenta à l'hôpital durant le dernier mois de sa grossesse, pour être traitée d'une céphalalgie intense, compliquée d'une vive douleur à l'estomac, et d'un gonflement œdémateux à la face et aux membres supérieurs. Elle fut purgée, saignée, tenue constamment en plein air; et lorsqu'elle rentra à l'hôpital le 10 juin 1842 (environ un mois après), elle accoucha naturellement, après 12 heures de travail, d'un garçon mort-né; et elle sortit huit jours après parfaitement rétablie, sans avoir eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XIX.—Ellen Robinson, âgée de 20 ans, primipare, entra le 8 juin 1842, accusant un fort mal de tête compliqué d'un gonflement œdémateux aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et, après 15 heures de travail, accoucha naturellement d'un garçon vivant. Huit jours plus tard elle quittait l'hôpital en parfait état, n'ayant eu ni convulsions ni retour des premiers symptômes.

Obs. XX.—Esther Boyle, âgée de 25 ans, primipare, vint à l'hôpital, dans le dernier mois de sa grossesse, réclamer des soins pour un violent mal de tête compliqué de gonflement œdémateux à la face et aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, on lui recommanda le grand air; à la fin du mois, le 4 juillet 1842, elle revint à l'hôpital, où elle accoucha naturellement en 6 heures d'une petite fille vivante. Huit jours

après elle sortait parfaitement rétablie, sans avoir eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

Obs. XXI.—Joan Moore, âgée de 22 ans, primipare, entra le 10 août 1842, souffrant d'une céphalalgie intense, compliquée d'un gonflement œdémateux aux membres supérieurs. Elle fut saignée, purgée, émétisée, et, après 24 heures de travail, accoucha naturellement d'un garçon vivant. Huit jours après elle quittait l'établissement comme les précédentes, en parfait état de santé, et n'ayant eu ni convulsions ni retour des symptômes précurseurs.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DE LA FRÉQUENCE RELATIVE DU CANCER DANS LES DIVERS AGES.

Nous avons reproduit (v. p. 278 de ce volume) les recherches de M. Tanchou sur cette question ; il ne sera pas sans intérêt de les comparer avec un tableau de même nature, dressé par M. Farr en Angleterre. Dans l'un comme dans l'autre, les chiffres expriment le nombre des morts déterminées par le cancer.

AGES.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL pour les deux sexes.
A 2 mois......	0	1	1
— 3 mois	0	1	1
— 1 an	2	1	3
— 2 ans.......	1	4	5
— 3 ans.......	0	1	1
— 4 ans.......	0	1	1
De 5 à 10 ans.	3	2	5
— 10 à 15 —	1	4	5
— 15 à 20 —	3	5	8
— 20 à 25 —	4	2	6
— 25 à 30 —	1	13	14
— 30 à 35 —	6	23	29
— 35 à 40 —	15	43	58
— 40 à 45 —	19	77	96
— 45 à 50 —	23	98	121
— 50 à 55 —	34	130	164
— 55 à 60 —	35	120	155
— 60 à 65 —	44	110	154
— 65 à 70 —	45	88	133
— 70 à 75 —	35	69	104
— 75 à 80 —	30	49	79
— 80 à 85 —	16	28	44
— 85 à 90 —	1	8	9
— 90 à 95 —	2	1	3
Au dessus de 95	1	0	1
Totaux.....	321	879	1200

Le Mémoire dont ce tableau est extrait (Byron's *on Malignant cutaneous Diseases of the extremities and Trunk*, in *the Dublin Journal*, septemb. 1843), l'a transcrit lui-même d'un autre ouvrage, et ne dit rien de la manière dont il a été recueilli. Quoi qu'il en soit, en le comparant avec celui de M. Tanchou, nous arrivons aux conséquences suivantes :

En Angleterre comme en France, « le cancer, fort rare dans les vingt premières années de la vie, peu commun encore de 20 à 30 ans, prend tout à coup un développement énorme entre 30 et 40, frappe le plus grand nombre de ses victimes de 40 à 70 ans ; et alors même il est loin de cesser ses ravages, et pèse encore fortement sur les dernières années de la vie. » — C'était là une de nos conclusions, que nous n'avons eu qu'à reproduire littéralement.

Quant aux sexes, M. Tanchou a compté à Paris plus de 3 femmes pour 1 homme ; la proportion en Angleterre est un peu plus faible, et ne s'élève qu'à 2, 74 à 1. Peut-être cela tient-il à ce que le cancer de l'utérus est moins bien étudié chez nos voisins que chez nous.

Nous n'avions rien dit alors de la proportion fort diverse des décès dans les deux sexes pour les divers âges ; il est curieux de rechercher ce que les deux documents enseignent sous ce rapport.

Il est d'abord extrêmement remarquable qu'à tous les âges la femme soit plus sujette au cancer que l'homme ; même dans les dix premières années de la vie, où la différence des sexes ne se fait pas encore sentir, on trouve dans le relevé de M. Tanchou,

9 garçons, 14 filles ;

et dans celui de M. Farr,

6 garçons, 11 filles.

De 10 à 20 ans, le chiffre était égal pour les deux sexes dans le tableau de M. Tanchou ; il est toujours supérieur pour les femmes dans celui de M. Farr. Au rebours, M. Farr compte 3 hommes pour 1 femme au dessus de 90 ans ; M. Tanchou trouve 4 hommes seulement pour 22 femmes ; ces petites diffé-

rences tiennent à la faiblesse des chiffres eux-mêmes. Dès que les chiffres sont très considérables, les deux tableaux se montrent d'accord.

Pour la période de 20 à 30 ans, tous deux nous présentent le chiffre des femmes triple de celui des hommes. De 30 à 40, cette proportion est dépassée; en France, il y a plus de 4 femmes pour 1 homme mort de cancer. De 40 à 50, le rapport est de 5 à 1, dans l'un et l'autre pays; — de 50 à 60, il redescend à 3 et demi pour 1; —de 60 à 70, il est au dessous de 2 et demi; — de 70 à 80, il baisse encore un peu; mais par un revirement des plus étranges, il y a au dessus de cet âge une époque où tout d'un coup le chiffre des femmes s'accroît prodigieusement. De 80 à 90 et même au-delà, à Paris, les femmes mortes de cancer sont presque dans le rapport de 5 à 1 avec les hommes; et dans la période spéciale de 85 à 90 ans, M. Farr a compté en Angleterre 8 femmes pour 1 homme. Est-ce là un simple jeu du hasard? ou serait-ce l'indice d'une loi encore obscure, que de nouvelles recherches aideront à formuler plus clairement? Toujours est-il qu'en thèse générale, c'est de 30 à 50 ans que le cancer sévit chez les femmes avec le plus de violence; et que dans les deux périodes décennales placées immédiatement avant et après cette période fatale, la mortalité redescend à peu près à la moyenne générale qui est environ de 3 pour 1.

NOUVELLE MANIÈRE DE GUÉRIR LES FISTULES *de la portion antérieure du conduit parotidien; par* M. RIBÉRI, *professeur à Turin.*

M. Ribéri entend par portion antérieure ou buccale du conduit de Sténon la portion comprise entre l'orifice de ce conduit et le bord antérieur du masséter; c'est celle qui est le plus fréquemment affectée de fistules, et il n'a pas même eu occasion d'en voir sur la portion postérieure.

Cela posé, l'idée essentielle de la méthode qu'il propose est d'ouvrir le conduit en arrière de la fistule même, et d'établir une fistule interne qui, versant la salive dans la bouche, l'empêche d'arriver à la fistule externe, et met conséquemment celle-ci dans les meilleures conditions de cicatrisation. Nous reproduisons d'ailleurs littéralement les deux procédés de l'auteur:

« *Premier procédé.*—Supposons une fistule du conduit parotidien gauche. On place et fixe convenablement le patient.—1er *Temps.* L'opérateur introduit dans la bouche le doigt indicateur de la main gauche, enveloppé d'un linge, et l'applique contre l'endroit de la fistule; il porte en même temps le pouce de la même main sur le point correspondant de la face externe de la joue, et tire celle-ci dans la direction de la ligne médiane, de manière à effacer le coude du conduit, et le rectifier en l'allongeant.—2e *Temps.* Il reconnaît avec le bout du doigt indicateur de l'autre main le bord antérieur du masséter, ce qui est très aisé; ensuite, avec un petit bistouri à tranchant convexe il coupe verticalement la joue, sur un endroit sain, au-delà du lieu fistuleux, et parallèlement au bord antérieur du même muscle, dans le but de découvrir le conduit de Sténon, comme on découvrirait une artère ou un nerf. C'est donc par petits coups qu'il faut procéder; une petite incision et un peu d'habitude font découvrir et isoler ce conduit avec une grande facilité. Cela fait, on lie le conduit avec un cordonnet de soie ciré, absolument comme une artère dans la méthode de Hunter, et l'on coupe l'un des chefs; on coupe ensuite le conduit lui-même au dessus de la ligature.—3e *Temps.* Avec un bistouri droit, le chirurgien complète alors la plaie, en perforant directement d'un seul trait la joue, assez amplement, surtout en dedans, ce qui s'exécute en un clin d'œil; il fait passer alors le fil dans la bouche, en lui laissant une longueur de 27 à 30 millimètres (un pouce environ), et réunit la plaie externe par première intention, à l'aide d'épingles fines à insectologie et d'un fil, etc. Ces épingles doivent être implantées de manière qu'elles n'arrivent pas jusqu'au conduit du Sténon, et à une petite distance l'une de l'autre, c'est-à-dire à deux ou trois millimètres (une ligne et demie).

« La plaie externe se cicatrise promptement, et ne laisse qu'une cicatrice linéaire à peine visible. Le fil laissé dans la bouche est toléré sans incommodité, et tombe du seizième au vingt-cinquième jour; il sert de conducteur à la salive provenant du bout supérieur du conduit; son nœud favorise la formation de la fistule interne que l'art a cherché à établir, en empêchant l'oblitération du bout supérieur et de la division de la muqueuse buccale. La guérison est constante et durable. Après la chute du fil, qu'on peut hâter au besoin à l'aide de légères tractions, le cathétérisme de la moitié inférieure du conduit fait voir que celui-ci est oblitéré à l'endroit lié.

« *Deuxième procédé.* — Le premier temps est comme dans le précédent. Le chirurgien prend alors un bistouri droit et étroit, et perfore la joue d'un seul trait, à l'endroit indiqué, et sans disséquer préalablement le conduit; ce conduit doit se trouver ainsi divisé de prime-abord. Le doigt indicateur, qui est dans la bouche, relève de dedans en dehors les bords de la petite plaie; l'opérateur l'absterge et voit saillir le bout inférieur du conduit de Sténon; il le saisit avec une

pince, et le lie comme précédemment. Le reste, *ut suprà*.

« Ce procédé est plus expéditif et moins douloureux, mais il offre l'inconvénient de couper un petit rameau de la septième paire, qui marche parallèlement et à peu de distance du conduit salivaire. Je dois cependant faire remarquer que je n'ai observé rien de fâcheux à la suite de la division de ce nerf. En conséquence je l'ai adopté comme le précédent, et je m'en sers indifféremment. »

Ce qui a suggéré au professeur de Turin l'idée de son opération, c'est l'observation de ce fait que les blessures du conduit de Sténon ne se terminent point par fistule externe, si l'on a l'attention de bien réunir la plaie par première intention, au moyen de la suture entortillée, aidée de bandelettes agglutinatives et d'une légère compression.

« Dans ma longue carrière clinique dans un grand hôpital, dit-il, j'ai plusieurs fois eu affaire à des divisions de ce conduit, soit accidentellement, par suite de blessures, soit par nécessité, dans des opérations chirurgicales que j'ai dû pratiquer dans cette région; je ne me suis pas inquiété de l'avenir d'une pareille division; seulement j'ai eu la précaution de bien réunir la plaie externe, et la guérison a toujours eu lieu sans fistule. Percy, P. Portal, Bégin, Gensoul, rapportent des observations pareilles. M. Bégin avait même eu la précaution, dans les cas de ce genre, de perforer la muqueuse buccale si elle ne l'avait pas été par la blessure, dans le but précisément d'établir une fistule interne. C'est là le résultat constant de cette pratique de la réunion; le contraire est une exception. »

Néanmoins comme les insuccès, si rares qu'ils soient, sont toujours à craindre, M. Ribéri préfère lier dans tous les cas le bout antérieur du conduit, pour assurer la formation d'une fistule interne. Il n'est pas même nécessaire que la ligature porte sur le conduit, qui serait souvent difficile à reconnaître au milieu des chairs divisées, et la ligature ne faisant en réalité que l'office de séton, peut être aussi bien appliquée sur le tissu cellulaire voisin. En voici un exemple :

« Un militaire a été reçu à ma clinique pour un coup de sabre qu'il avait reçu à la joue gauche ; la plaie ne pénétrait pas dans la bouche, mais le conduit sténonien était complétement divisé; j'ai essayé en vain de saisir et de lier le bout inférieur; j'ai donc lié en masse le tissu cellulo-graisseux qui l'entoure, j'ai coupé assez largement les couches profondes de la joue, j'ai introduit par cette plaie l'un des chefs du fil dans la bouche, l'autre étant excisé, et j'ai réuni la plaie externe à l'aide de la suture entortillée. La plaie était fermée le cinquième jour; le fil de l'intérieur de la bouche est tombé le quinzième jour. Guérison parfaite. »

On peut alléguer contre cette façon de faire, que si la ligature porte sur le bout antérieur du conduit, elle s'oppose à la réunion immédiate des deux bouts. Mais cette réunion peut à peine être regardée comme possible; Boyer citait déjà le fait de Garnier dans lequel le bout antérieur avait été trouvé oblitéré; et M. Ribéri ajoute qu'ayant lui-même sondé le canal de Sténon par son ouverture naturelle, chez des sujets qu'il avait guéris de ces sortes de blessures, il a trouvé constamment une oblitération sur le point de la lésion. En transportant le procédé à la cure des fistules déjà établies, il obtenait de nombreux avantages sur les procédés antérieurs. D'abord, on agit sur des tissus sains; on fait une perforation à la fois large et directe; le fil qu'on y laisse à demeure entretient le passage sans le fermer par son propre volume; enfin on évite la cause probablement la plus fréquente des insuccès des procédés ordinaires, dans lesquels on opère vis-à-vis la fistule externe; c'est que souvent cette fistule ne correspond pas immédiatement à l'obstacle du conduit, mais se trouve au dessus, au dessous, en avant, etc.; il est même des cas dans lesquels plusieurs trajets correspondent à un seul orifice fistuleux, de telle sorte qu'en guérissant sur un point, on voit la fistule reparaître sur un autre. En définitive, les procédés ordinaires opèrent sur le lieu *de nécessité* et avec tous les avantages de cette condition; tandis que M. Ribéri fait son opération au lieu d'élection. Il ne cite qu'un seul exemple de succès ainsi obtenu; nous le reproduirons textuellement.

« M^lle^ N..., âgée de 17 ans, d'une famille élevée, d'une constitution nervoso-lymphatique, bien réglée, habituellement bien portante, portait depuis dix-neuf mois une fistule salivaire sur la joue gauche, à peu de distance (quelques lignes) du muscle masséter. Elle et sa famille étaient dans la désolation. Le mal avait été précédé d'une phlogose ulcérative chronique de la face interne de la joue, occasionnée probablement par une dent très aiguë qui avait fait irruption sur la face alvéolaire correspondante. Je l'ai opérée par mon second procédé; la plaie externe s'est cicatrisée promptement; l'ulcération fistuleuse externe s'est cicatrisée à son tour après la troisième cautérisation avec la pierre infernale; le fil buccal est tombé le dix-huitième jour. Guérison durable. Les cicatrices à la joue sont à peine visibles : elles ressemblent à celles qu'on se procure quelquefois avec un rasoir bien affilé. »

Ne pourrait-on simplifier encore cette opération, et couper le conduit par la bouche, sans intéresser la peau de la joue? M. Ribéri

y a renoncé à raison des difficultés d'exécution; il est donc assez inutile de parler du procédé qu'il décrit et qu'il rejette.

Il reste seulement, avant de finir, à examiner une question de priorité qu'il a soulevée lui-même.

On lit dans la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, tom. III, pag. 532: — « Peut-être aussi pourrait-on se borner à percer d'une manière quelconque le conduit parotidien en arrière, à quelque distance de l'orifice fistuleux et à établir sur la voie que parcourt la salive une fistule interne afin de pouvoir fermer celle du dehors. Mais ce procédé, que *j'ai proposé en* 1823, n'a point encore été mis à l'épreuve, et les faits de Trécourt et de Charve, qui s'y rapportent, sont peu concluants. »

M. Ribéri, après avoir cité ce passage, ajoute qu'entre l'idée de M. Velpeau et la sienne, la différence est grande. Pas si grande peut-être qu'il veut bien le dire; seulement M. Velpeau n'a pas donné suite à son idée, et semble même en laisser la priorité à d'autres; et la question serait de savoir si M. Ribéri a été précédé par Charve ou par Trécourt.

Le fait de Charve a été rapporté par Lombard, *Opuscules de Chirurgie*, p. 24. — « Il y a environ 18 ans, dit-il, qu'un jeune homme reçut un coup de pied de cheval qui lui fractura la mâchoire inférieure, et déchira tous les muscles de la joue du côté gauche. L'orifice du conduit salivaire fut détruit, ou peut-être confondu dans la cicatrice de cette grande plaie. On ne pouvait pas espérer que la salive reprendrait jamais son cours naturel, puisque l'orifice du canal n'existait plus. Feu M. Charve, chirurgien de réputation à Dôle, perça la joue de part en part *vis-à-vis et tout près de l'extrémité de la portion du canal conservée*, et y passa de suite un petit séton. La cure, quoique heureuse, fut très longue. J'ai observé pendant le cours de cette maladie que la compression n'est point inutile. On pourrait reprocher à M. Charve de l'avoir négligée pendant les quatre premiers mois. Il est sûr qu'elle soutient le petit appareil que l'on oppose à la sortie de la salive par la plaie, et qu'elle contribue à former l'ouverture artificielle en maintenant le séton en place. »

On voit que Charve n'avait fait que mettre en usage le procédé du séton, et qu'il n'a rien à démêler avec la nouvelle méthode.

Quant à Trécourt, il nous a été impossible de nous procurer son livre, et la note concise que donne Haller sur son observation ne laisse pas même soupçonner quelque nouveauté dans le procédé.

On voit donc que jusqu'à présent, du moins, la priorité de l'idée revient bien à M. Velpeau; mais outre que M. Ribéri a puisé son idée ailleurs que dans les livres, il l'a le premier transformée en méthode, et peut légitimement réclamer le mérite de l'invention.

(*Annales de thérapeutique.*)

LUXATION DU SCAPHOÏDE ET DU CALCANÉUM SUR L'ASTRAGALE.

Beaucoup d'auteurs, même de notre temps, en vue de compléter leur cadre, s'ingénient encore à décrire des luxations *possibles*, sans se douter qu'ils laissent en arrière bon nombre de luxations réelles. Vous lirez partout, par exemple, l'histoire de la luxation du pied en avant, qui n'a jamais été observée; et nulle part, peut-être, vous ne trouverez d'indications suffisantes sur les déplacements bizarres que peuvent subir, par l'effet de grandes chutes, les os si serrés du tarse et du métatarse. C'est pourquoi nous recueillons avec intérêt l'observation suivante, empruntée à la *Clinique de Marseille.*

« Maurandi (Joseph), âgé de 63 ans, journalier, employé à un des pontons qui servent à nettoyer le port, voulait faire tourner la roue de cette machine, en grimpant sur la face concave des planches de sa circonférence, quand d'autres ouvriers lui imprimèrent un mouvement en sens inverse à celui qu'il voulait lui donner. Maurandi fut alors subitement élevé jusqu'au niveau de l'axe de la roue; là, ses pieds manquèrent de point d'appui, et il fit une chute de la hauteur de trois mètres environ. Ce malheureux n'a pas su nous décrire la disposition des surfaces sur lesquelles il est tombé, ni de quelle manière son corps s'est comporté par rapport à ces surfaces. Néanmoins la chute ne lui fit pas perdre connaissance, et il demanda à être transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu. C'était dans la matinée du 14 octobre 1842.

« Ce malade, quoique un peu maigre et âgé, avait une constitution assez bonne. Les désordres qui existaient dans son pied gauche étaient graves et lui occasionnaient des souffrances horribles. L'axe du pied avait pris une direction presque transversale, c'est-à-dire que les orteils étaient fortement portés en dehors et le talon en dedans, tandis que le reste du membre n'avait pas éprouvé de déviation. Cet axe légèrement brisé formait un angle saillant en dedans, dont la tête de l'astragale était le sommet. On pouvait fléchir le pied sur la jambe au delà de la flexion naturelle; mais le centre de ce mouvement se passait dans l'articulation calcanéo-astragalienne. Il y avait eu ensuite une plaie allongée qui, partant du dos du pied, passait à deux lignes en avant de la malléole interne et se terminait au tendon d'Achille près de son insertion au calcanéum; les téguments qui environ-

naient cette plaie n'étaient point contus, et celle-ci paraissait être le résultat de l'extension forcée de la peau. Le scaphoïde ayant abandonné la face antérieure de l'astragale, avait été entraîné avec le reste du pied en dedans et en haut. La tête de ce dernier os faisait saillie à travers la plaie, et avait été déprimée un peu en bas par le tendon du muscle jambier postérieur qui, entraîné par la déviation du pied, était venu se placer sur la partie supérieure de son col; de manière que celui-ci se trouvait embrassé par ce tendon supérieurement, et en dessous par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur. Ces deux cordes fibreuses formaient en effet une boutonnière fortement tendue, qui s'opposait à la réduction des surfaces déplacées. La gaîne des tendons du muscle jambier postérieur avait été ouverte, ainsi que l'articulation calcanéo-astragalienne, tandis que l'articulation calcanéo-cuboïdienne avait conservé toute solidité. On voyait au fond de la plaie le paquet vasculaire et nerveux fortement tendu et placé sous la malléole interne: aucun vaisseau ne paraissait ouvert; du moins il n'y a pas eu d'hémorrhagie immédiate. Enfin on a pu constater encore une fracture comminutive de la malléole externe près de son extrémité inférieure.

« La réduction ne fut possible qu'après la section du muscle jambier postérieur. Alors l'extension modérée du pied, unie à des efforts qui poussaient la tête de l'astragale en arrière, suffit pour rétablir les parties déplacées dans leurs rapports respectifs.

« Après avoir réuni la plaie par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives, et l'avoir pansée avec de la charpie sèche, on plaça le pied dans un appareil approprié qui le maintenait immobile.

« Quelques heures après l'accident, il y eut une légère hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même, et ne fut pas assez abondante pour nécessiter un nouveau pansement; les douleurs, qui étaient si vives avant la réduction, ne furent pas très intenses dans la journée: le pouls et la chaleur restèrent presque à l'état normal. — (Prescriptions : *saignée* 100 *gr. décoct. d'orge; diète.*)

« Le soir il n'y eut rien de particulier, la nuit fut tranquille.

« Le lendemain, le malade accusait une douleur un peu plus vive à la plaie; le pouls devint plus fréquent et plus fort, la température du corps plus élevée, la peau plus sèche. De temps à autre on observait des mouvements spasmodiques; les facultés intellectuelles étaient libres. (Prescriptions : *diète, infusion de tilleul.*)

« Le 16, douleurs très intenses, pouls déprimé et fréquent; peau sèche et brûlante; le malade s'inquiète sur son sort; la sensibilité était très vive. (Mêmes prescriptions que la veille.)

« Le soir les craintes et les souffrances augmentèrent, le pouls conserva sa fréquence et la peau sa chaleur. L'appareil entièrement humecté par du sang et de la sérosité fut enlevé pour la première fois; les bords de la plaie n'étaient pas réunis; ils étaient très enflammés ainsi que les parties environnantes. Ce premier pansement fut remplacé par un cataplasme émollient.

« La nuit suivante le malade délira; voulant sortir de son lit, il se renversa au milieu de la salle.

« Dans la matinée du 17, le délire n'avait pas cessé, le pouls était faible et irrégulier, la température du corps très élevée et la langue très sèche. (Prescriptions : *décoct. d'orge; diète.*)

« Le soir le pouls se releva un peu, mais il conserva sa fréquence et son irrégularité; le malade reprit un instant l'usage de son intelligence. Dans le courant de la nuit le délire reparut, le pouls augmenta de fréquence à mesure qu'il s'affaiblit davantage; et le malade mourut à sept heures du matin.

« *Autopsie.* — Les muscles de la jambe étaient fortement ecchymosés; il y avait un commencement de suppuration du tissu cellulaire qui environne les gaînes tendineuses; l'astragale n'avait pas subi de déplacement: il était encore fortement fixé dans la mortaise formée par les deux malléoles. Le ligament astragalo-scaphoïdien était déchiré à sa partie interne; le ligament calcanéo-scaphoïdien au contraire était intact; c'est entre la partie non déchirée du premier et le second que la tête de l'astragale faisait saillie au dehors. Le calcanéum avait conservé ses rapports avec le cuboïde et le scaphoïde; tous les ligaments qui unissent ces os entre eux existaient encore. En reproduisant la luxation, ce qui n'offrait pas de difficulté, le pied tournait sur le milieu de la face inférieure de l'astragale comme sur un pivot, et pouvait faire facilement un angle droit avec l'axe antéro-postérieur de la jambe. Le centre de ce mouvement se passait sur la partie externe du ligament calcanéo-astragalien inter-osseux, dont la portion interne avait été arrachée avec un fragment osseux appartenant à la partie postérieure et interne de la face inférieure de l'astragale. Dans ce mouvement du pied auquel ce dernier os seul ne participait pas, la partie respectée de ce ligament éprouvait une torsion d'un quart de circonférence. La partie antérieure de la face supérieure du calcanéum portée en dehors et en haut, c'est-à-dire, dans le sens de la luxation, venait heurter la malléole externe: c'est probablement par ce mécanisme que la tête du péroné a été fracturée en plusieurs fragments, dont le plus gros avait la

largeur d'une pièce de cinquante centimes, fragments qui appartenaient à la partie sous-cutanée et inférieure de la malléole. Aucun vaisseau important n'avait été ouvert; la portion supérieure du jambier postérieur qu'on avait divisé, avait éprouvé une rétraction de dix centimètres environ. »

Obstétrique.

DISCUSSION SUR L'ÉVOLUTION SPONTANÉE DU FOETUS.

A propos d'un rapport de M. Villeneuve, une discussion intéressante a eu lieu à l'Académie de Médecine sur l'évolution spontanée du fœtus, ce merveilleux mécanisme à l'aide duquel la nature achève quelquefois sans secours une œuvre ordinairement au dessus de ses forces.

Une observation de M. Letellier, médecin à Saint-Leu-Taverny, avait été l'occasion de ce rapport. - Femme arrivée au terme de sa troisième grossesse; au bout de quatre heures, rupture des membranes, issue du bras droit. On temporise; bientôt le siége s'engage, et l'accouchement se termine assez promptement.—L'enfant était mort, et il paraît que l'état du bras sorti ne laissait point de doute à cet égard, même avant la terminaison de l'accouchement. Ceci fait présumer qu'il s'agissait d'un enfant mort et putréfié, circonstance importante à noter à propos d'un mode d'expulsion exceptionnel et possible à certaines conditions seulement.

Les présentations de l'épaule exigent, dans l'immense majorité des cas, l'intervention de l'art. Les exceptions à cette règle sont fort rares. La mobilité du fœtus dépendant de son petit volume et de l'abondance du liquide amniotique rend quelquefois possibles des mutations favorables : la tête ou l'extrémité pelvienne prend, au détroit supérieur, la place de l'épaule. Ce changement dans la présentation constitue la *version spontanée*, mode de terminaison essentiellement différent de l'évolution. La distinction fondamentale faite dans ces derniers temps entre l'une et l'autre, ne pouvait manquer d'être rappelée dans la discussion par M. Velpeau, dont le travail sur ce sujet constitue un des meilleurs chapitres de son excellent Traité d'accouchements. L'intégrité des membranes n'est pas une condition absolument indispensable, et la version spontanée s'est quelquefois opérée après la rupture de la poche. — L'issue du bras n'admet guère que deux modes de terminaison spontanée, celui de la sortie du fœtus en double et celui de l'évolution.

Tels sont les moyens par lesquels la nature échappe quelquefois à l'intervention de l'art, et rend inutile la version au moment où on se disposait à la pratiquer, et d'autres opérations plus graves lorsque celle-ci avait été vainement tentée. Quelques ressources que déploie ici la nature, ce serait une faute, dans la plupart des cas, de compter sur elle, et la conclusion tirée par M. Letellier de son observation, à savoir que l'issue du bras ne rend pas la version indispensable, est au moins présentée d'une manière beaucoup trop générale. La version faite en temps convenable sera toujours le meilleur moyen de secourir une femme dont l'enfant se présente par l'épaule. Beaucoup d'enfants pourront être ainsi sauvés qui, s'ils étaient expulsés spontanément plus tard, ne le seraient qu'après avoir cessé de vivre, et ne pourraient l'être qu'à la faveur d'un ramollissement considérable et d'une compressibilité auparavant presque nulle. Sans doute quelques enfants sont nés vivants par l'évolution spontanée, et M. Velpeau a eu raison de le rappeler à M. Capuron. Aux exemples connus nous pourrions joindre un fait que nous avons souvent entendu rapporter par M. Dubois, celui d'une femme chez laquelle un second jumeau à terme naquit ainsi facilement, rapidement et en bon état. Ce résultat heureux ne doit donc pas être espéré seulement dans le cas de fœtus abortifs; des fœtus à terme d'un petit volume, qui n'auront à traverser que des voies très souples, facilement dilatables et déjà préparées, pourront aussi être expulsés vivants. Nous n'en croyons pas moins ces cas rares, très rares même. Parmi les faits observés depuis plus de trois ans et demi à la Maternité, huit fois l'accouchement s'est terminé seul, bien que l'enfant présentât l'épaule. Deux fois l'expulsion eut lieu en double, six fois par évolution spontanée. Tous ces fœtus étaient morts; parmi les six derniers, quatre étaient âgés de six mois, un de sept, un de huit. Celui-ci était dans un état de putréfaction assez avancé, il pesait 2 kilogr.; les autres étaient d'un poids moindre. Dans aucun cas l'expulsion spontanée n'a eu lieu à terme.

Les faits que j'indique, et beaucoup de ceux cités par les auteurs, n'ont rien de surprenant. Un plus grand nombre encore paraîtrait admissible aux yeux mêmes des plus incrédules, si l'on avait toujours pris soin de faire connaître l'âge, le volume, ou au moins le poids et l'état de ramollissement plus ou moins considérable des fœtus ainsi expulsés. Ces indications sont particulièrement nécessaires quand il s'agit d'enfants nés vivants. Sous ce

rapport, les exigences de M. Capuron nous semblent parfaitement naturelles, et son opposition nous paraît très légitime, si elle a, comme nous n'en doutons pas, pour but de préserver les praticiens d'une confiance trop grande dans les efforts de la nature. L'évolution spontanée ne sera jamais qu'un de ces résultats imprévus que le petit volume du fœtus ou la largeur des voies à parcourir et l'énergie des contractions utérines produiront au grand étonnement des spectateurs, ou une de ces ressources extrêmes ou réparatrices qui sauvent quelquefois les femmes de l'impéritie des personnes auxquelles elles se sont confiées.

L'évolution spontanée n'en est pas moins un des plus curieux mécanismes qu'on puisse observer dans la pratique des accouchements, et M. Velpeau, en le rappelant, a ajouté à l'intérêt de la discussion. La nature se sert des mêmes moyens qu'elle emploie pour opérer l'engagement, la progression et le dégagement d'autres régions du fœtus ; en un mot, on voit ici la reproduction de ce qu'on observe dans les présentations du sommet, par exemple. Le fœtus, déjà fléchi sur le côté opposé à celui qui se présente, se fléchit davantage encore. A ce premier mouvement, semblable à celui que la tête exécute, et qui, dans l'un comme dans l'autre cas, a pour but de diminuer le volume des parties qui doivent s'engager, succède un mouvement de descente, par suite duquel l'épaule arrive au niveau du détroit inférieur, entraînant dans l'excavation le col et la partie supérieure de la poitrine. En troisième lieu, un mouvement de rotation s'opère ; le moignon de l'épaule, comme l'occiput dans la présentation du sommet, arrive sous l'arcade des pubis ; et lorsqu'il a pris un point d'appui fixe et solide au sommet de cette arcade comme fait la nuque, le quatrième mouvement, celui d'extension, commence. C'est alors, pour nous servir de la comparaison de M. Velpeau, que l'espèce d'arc formé par le fœtus se débande ; c'est alors qu'après avoir parcouru la paroi postérieure du bassin, paraissent successivement et se dégagent à la vulve le côté de la poitrine, le flanc, la hanche et les fesses, exactement comme paraissent et se dégagent le sommet, le bregma, le front et la face. Or, qu'on mesure successivement les lignes qui de l'acromion s'étendent aux divers points du plan latéral du fœtus, et spécialement celle qui mesure, dans un état de flexion latérale outrée du tronc, la distance acromio-fessière ; qu'on fasse surtout les mensurations sur des fœtus putréfiés, ou morts et ramollis par l'effet d'un long travail, et l'on verra que ces diverses lignes pourront traverser, dans un grand nombre de cas, le diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal et de la vulve, tout aussi facilement que le font les diamètres sous-occipito-sagittal, sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal, etc. On verra même que le passage pourra être possible, sinon facile, pour des fœtus non putréfiés, non ramollis, mais d'un volume médiocre.

Un grand nom s'est trouvé en cause dans cette discussion. L'honorable rapporteur avait émis des doutes sur le nombre d'évolutions spontanées observées par Denman. Se livrant à un calcul basé sur le nombre d'évolutions fourni par la pratique de Mme Lachapelle, il estime que l'illustre accoucheur anglais aurait dû faire plus de 54,000 accouchements pour observer 30 cas d'évolution spontanée. Nous avons vu avec plaisir M. Velpeau prendre la défense de Denman. Il ne faut point oublier en effet que Denman a pendant longtemps occupé à Londres le premier rang dans la pratique obstétricale ; que sa haute et légitime réputation devait engager ses confrères à l'appeler dans les cas difficiles ; qu'il y a d'ailleurs des praticiens auxquels le hasard envoie plus qu'à d'autres des cas extraordinaires d'un même genre ; enfin que l'on observe surtout d'une manière complète ce que l'on sait d'avance et que l'on s'attend à voir. Ne peut-on pas admettre en conséquence, que des faits qui seraient passés inaperçus par d'autres ou n'auraient pas été interprétés, n'ont point échappé à la sagacité de Denman, et ont été par lui rapportés au mécanisme qu'il avait un des premiers entrevu ?

Pharmacologie chirurgicale.

DES ÉLIXIRS ET POUDRES DENTIFRICES, par M. Désirabode.

Le nettoiement de la bouche, au moyen d'une brosse imprégnée d'eau aromatisée par quelques gouttes d'une liqueur spiritueuse, suffit généralement pour maintenir les dents dans un état de propreté convenable à leur conservation. Mais pour bien des personnes, pour celles, par exemple, chez lesquelles la carie aurait fait quelques ravages, qui auraient l'habitude de fumer, ou dont, soit une mauvaise constitution, soit un état maladif, auraient altéré l'haleine, il y a nécessité d'avoir recours à des moyens plus puissants. Cette nécessité est devenue la base d'une industrie qui, par malheur, s'est bien souvent exercée au détriment de la santé publique. Nous ferons seulement observer, avec Gariot, que « toutes les recettes dans lesquelles on fait entrer une foule de drogues qui ont des

propriétés analogues, et quelquefois disparates, forment des mélanges bizarres qui ne valent souvent pas ceux qu'on obtient par la combinaison de deux ou trois substances dont les qualités sont bien reconnues. »

Elixir propre à être employé le matin pour se rincer la bouche.

♃ Eau-de-vie de gaïac....	187 grammes.
Eau vulnéraire spiritueuse.	id.
Huile essentielle de menthe ou de girofle, ou de rose ou d'œillet.......	4 gouttes.

Deux ou trois gouttes suffisent pour aromatiser un verre d'eau; il convient aux personnes dont la bouche est dans un état de santé parfaite ; mais celles qui auraient, soit les gencives habituellement saignantes, soit l'haleine forte, feraient bien de lui substituer la préparation suivante qui s'emploie de la même manière :

Eau-de-vie de gaïac préparée................	187 grammes.
Eau-de-vie camphrée....	4
Essence de menthe......	6 gouttes.
Essence de cochléaria...	6
Essence de romarin.....	6

Autre élixir tonique.

Racine de ratanhia......	125 grammes.
Eau vulnéraire spiritueuse	2 litres.
Huile essentielle de menthe..................	4 grammes.
Huile d'écorce d'oranges.	6

Concassez la racine de ratanhia, faites-la infuser pendant huit jours dans l'eau vulnéraire ; filtrez ensuite cette teinture, et ajoutez-y les essences que vous aurez préalablement dissoutes dans 24 grammes d'alcool.

Elixir connu sous le nom d'Eau de Botot.

Alcool à 33°............	2 litres.
Girofle concassé........	de chaque 32 grammes.
Cannelle de Ceylan......	
Anis vert...............	
Cochenille concassée.....	de chaque 16 grammes.
Essence de menthe poivrée	

Poudre dentifrice, d'après Alibert.

Magnésie.............	187 grammes.
Coque rouge...........	32
Iris de Florence........	160
Surtartrate acidule de potasse................	64

Autre, d'après Maury.

Magnésie anglaise.....	de chaque 500 grammes.
Crême de tartre......	
Sulfate de quinine......	20
Cochenille.............	48
Huile essentielle de menthe anglaise..........	16
Huile essentielle de cannelle................	12
Huile essentielle de Néroli..................	8
Esprit d'ambre musqué et rosé................	4

Autre, d'après Milne Edwards et Vavasseur.

Quinquina............	de chaque 16 grammes.
Magnésie calcinée.....	
Cannelle...............	4
Huile essent. de girofle..	1 goutte.

Cette préparation est, à notre avis, supérieure aux deux précédentes. Elle est surtout très bonne pour les personnes qui auraient les gencives habituellement blafardes et relâchées.

Autre, d'après M. Lefoulon.

Cochléaria ,
Raifort ,
Gaïac ,
Quinquina ,
Menthe ,
Pyrèthre ,
Calamus aromaticus ,
Ratanhia.

Il est évident qu'en composant sa poudre de la réunion de tout ce qu'on est habitué à regarder comme odontalgique, M. Lefoulon a eu pour but bien plus de sacrifier à l'opinion publique que de satisfaire à une indication positive. Aucune des substances composant sa poudre ne peut nettoyer les dents, et leur assemblage est plus propre à échauffer la bouche qu'à conserver à l'émail son poli et son brillant.

Les Anglais, suivant une note insérée dans le *Journal de pharmacie et de chimie* (août 1842), emploient souvent la préparation suivante comme poudre dentifrice :

Craie blanche de Champagne bien séchée....	3 grammes.
Camphre en poudre extrêmement fine.......	1 gramme.

On mélange bien intimement par trituration, puis on renferme pour conserver dans un flacon de verre hermétiquement bouché.

Nous avons de la peine à concevoir l'addition du camphre qui, en si petite quantité qu'il soit, doit donner à la bouche une saveur pénétrante toujours fort désagréable.

Enfin, voici une autre poudre qui, à l'avantage de blanchir parfaitement les dents, joint celui de donner aux lèvres et aux gencives une belle couleur rose qui dure une partie de la journée ;

Corail rouge...........	128 grammes.
Sangdragon............	32
Carmin fin.............	25 centigr.
Ecorce de citron.......	1 gramme.
Sucre blanc............	16 grammes.

Le parti avantageux qu'on a retiré dans ces derniers temps du chlore, comme agent désinfectant et décolorant, a porté quelques dentistes à l'introduire dans les poudres dentifrices. En quelque faible quantité que soit cette substance, elle agit toujours sur les dents. Aussi doit-elle n'être employée que deux ou trois fois avec prudence pour éteindre la couleur jaune très prononcée que pourraient offrir les dents de quelques personnes. M. Taveau l'a fait entrer dans des pastilles dont il a recommandé l'usage aux fumeurs. Voici la composition de celles que M. le professeur Magendie a indiquées pour le même usage :

Chlorure de chaux sec... 8 grammes.
Sucre................ 250
Amidon............... 32
Gomme adragante....... 4
Carmin................ 25 centigr.

Faites des pastilles de 15 à 20 centigrammes, dont on prendra de deux à quatre dans l'espace de deux heures.

M. Magendie conseille encore, pour rendre aux dents jaunes leur blancheur naturelle, de promener sur elles une brosse légèrement mouillée et trempée dans la poudre suivante :

Chlorure de chaux sec... 80 centigr.
Corail rouge........... 8 grammes.

BULLETIN CLINIQUE.

FRACTURE DU CALCANÉUM APRÈS UNE CHUTE SUR LA PLANTE DES PIEDS ; *observation recueillie par* M. ADRIEN BÉRENGUIER, D.-M.-P. *de Rabastens* (*Tarn*).

Un charpentier âgé de 74 ans, mais encore fort et robuste, travaillait à réparer le plancher d'une cage d'escalier ; l'échafaudage fait un mouvement ; l'ouvrier se croit au moment de tomber sur les degrés qu'il voit à plusieurs mètres au dessous de lui ; pour éviter une chute si dangereuse, il fait un bond par côté vers le palier le plus voisin placé seulement à deux mètres plus bas que l'échafaudage, et tombe d'aplomb sur ses deux pieds. Au même instant une vive douleur au pied gauche l'arrête et l'empêche de marcher. Ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il se traîne jusqu'à son logement, heureusement peu distant du lieu de l'accident ; j'arrivai auprès de lui tout au plus dix minutes après la chute : voici ce que je pus dès lors constater.

Au dessous de la malléole externe existe un gonflement sur lequel la pression détermine une vive douleur. Ce gonflement est circonscrit, rénitent, non dépressible ; il ne remonte pas le long du péroné, il ne s'étend pas sur les côtés du tendon d'Achille, il se dessine à la manière d'une demi-lune renversée, embrassant par sa concavité l'extrémité inférieure du péroné. Il y a aussi un peu de gonflement au dessous de la malléole interne ; mais il est à peine appréciable ; sur ce point la pression ne détermine qu'une douleur très supportable. En examinant le talon du côté malade il me paraît, abstraction faite du gonflement sous-malléolaire, être plus court et plus gros que celui du côté sain ; les mouvements de flexion et d'extension, ceux de latéralité imprimés au pied n'augmentent pas la douleur ; mais dès que le malade essaie de marcher et que le poids du corps repose sur la voûte calcanéo-tarsienne, il est arrêté par une vive douleur qui répond au gonflement placé sous la malléole externe.

Il n'existait encore aucun changement de couleur à la peau, bien que la tuméfaction augmentât à vue d'œil et s'étendît vers le talon ; néanmoins, l'état des choses ne permettant pas de soupçonner une lésion du péroné, mes recherches durent se porter par voie d'exclusion vers le calcanéum, là où les conduisaient la douleur et le gonflement. Il y avait à peine quelques jours que j'avais lu dans le *Journal de Chirurgie* les observations toutes nouvelles de M. Malgaigne sur la *fracture du calcanéum par écrasement* (1) ; j'avais été frappé par l'exposé clair et précis des symptômes d'une lésion non encore décrite dans nos ouvrages classiques. Ce fut donc vers le talon lui-même que je portai toute mon attention ; en l'examinant avec soin, en essayant de lui imprimer divers mouvements, je crus sentir la crépitation. Alors le pied du malade étant fixé sur le bord d'une chaise, la main gauche appuyant fortement sur les malléoles, et saisissant le talon tout entier dans ma main droite pour chercher à imprimer au calcanéum des mouvements de torsion dans le sens de sa longueur, je sentis très distinctement une crépitation osseuse ; je dis une crépitation osseuse, car elle me donna exactement la sensation de deux corps durs et rudes raclant l'un sur l'autre ; et si la différence du râle crépitant ou râle sous-crépitant est quelquefois facile à apprécier, on ne saurait non plus, dans certains cas, confondre la crépitation osseuse avec celle qui se passe dans les gaînes tendineuses. Par la manœuvre que j'ai indiquée tout à l'heure, je pus reproduire plusieurs fois cette crépitation et l'étudier à mon

(1) Numéro de janvier 1842, page 2.

aise; de plus, en comparant le pied malade avec le pied resté sain, je crus trouver au dessous de la malléole externe, et un peu en arrière, une saillie que le gonflement de cette région m'avait d'abord cachée, mais qui n'existait pas de l'autre côté.

Dès lors j'annonçai qu'il y avait fracture de l'os du talon, et pour ma conviction personnelle, je me livrai à divers essais de mensuration du pied. Ainsi, du sommet de la malléole péronière à la partie la plus déclive du talon, je trouvai six centimètres et demi pour le côté malade, tandis qu'à l'autre pied il y en avait sept et demi, ce qui me signala un raccourcissement d'un centimètre.

Je considérai avec soin la plante des pieds, mon œil ne sut remarquer aucune différence; cet homme avait les pieds fortement cambrés, par conséquent la voûte tarsienne était chez lui très prononcée et devait être d'autant mieux disposée pour supporter le poids du corps. Cependant, en plaçant les deux pieds l'un à côté de l'autre, le talon fracturé ne parut pas se prolonger plus loin en arrière que celui du membre sain. Pour m'en assurer, je mesurai la distance comprise entre la partie la plus postérieure du talon et l'extrémité du gros orteil; pour le pied malade je découvris un excédant de longueur de près d'un centimètre.

Je voulus encore essayer un autre genre de mensuration. Un cordon de soie fut conduit du sommet de la malléole externe à l'extrémité du talon, et de là relevé jusqu'au sommet de la malléole externe. La longueur totale de ce cordon fut de 22 centimètres du côté de la fracture, et de 20 centimètres et demi pour le côté sain.

Assuré de l'existence de la fracture, je crus devoir essayer quelques moyens de réduction. J'exerçai de violentes tractions sur le talon; elles déterminèrent des douleurs atroces, rien ne cédait; la tubérosité anormale que j'avais observée sous la malléole externe ne paraissait pas s'effacer; je n'insistai pas. Je posai une simple bande roulée embrassant tout le talon, l'avant-pied et le tiers inférieur de la jambe; je prescrivis des irrigations souvent réitérées avec l'eau froide aromatisée avec l'alcool de lavande. Tout cela se passa dans la soirée du 2 juin 1843.

Je revis le malade dès le lendemain matin; il souffrait horriblement, la douleur ne lui avait pas laissé fermer l'œil. Tout le pied était tuméfié et avait pris une couleur bleuâtre, le gonflement remontait des orteils jusqu'à moitié jambe; il était surtout très prononcé aux environs des malléoles, et principalement au dessous de la malléole interne, tandis que la veille il s'était d'abord prononcé au dessous de la malléole tibiale. Je remarquai toutefois qu'il était très peu marqué sur les côtés du tendon d'Achille. La couleur bleuâtre due à l'ecchymose était d'autant plus prononcée qu'on la considérait plus près des malléoles. Je ne pus ce jour-là reproduire la crépitation, et je ne doutai pas un instant que, si je n'avais pas vu le malade la veille quelques minutes après l'accident, j'aurais pu croire à une lésion du péroné ou à une violente entorse.

La jambe fut élevée sur des paillassons et posée en demi-flexion, en même temps que des petites compresses superposées devaient exercer une compression modérée au dessous des malléoles. Une attelle de carton fut placée directement sur le tendon d'Achille de manière à ramener le talon en avant. Continuation des irrigations froides aromatiques.

Pendant toute cette journée (le lendemain de l'accident) et la nuit suivante, les douleurs ne laissèrent pas un instant de repos à notre malade: il lui semblait qu'une tenaille le tenait serré au dessous des malléoles. Rapportant ses douleurs à l'appareil qu'il accusait d'être trop serré, il l'arracha et n'obtint qu'un soulagement de quelques minutes; aussi, dès le lendemain matin, il consentit à se le laisser remettre.

Le 4 juin, le gonflement semble avoir diminué. Le malade n'a pas cessé d'arroser son pied. Cependant les douleurs sont encore atroces; absence presque complète de sommeil; agitation; réaction fébrile; l'âge avancé du sujet me fait ajourner encore les émissions sanguines.—Continuation des mêmes moyens.

Le 5 juin, c'est-à-dire trois jours après l'accident, les souffrances du malade sont un peu diminuées, il y a eu deux heures de sommeil et beaucoup moins d'agitation; la fièvre a cessé.

Le 10 juin, la tuméfaction a diminué considérablement, et semble se concentrer dans les limites des malléoles. A l'extrémité du talon, les douleurs sont encore très vives; mais elles laissent dormir le malade, quoique souvent des élancements viennent l'éveiller subitement. Il a essayé de se lever pour aller de son lit à la fenêtre; mais dès que le pied a appuyé sur le sol, la douleur ne lui a pas laissé faire un pas et l'a forcé de se recoucher au plus vite.

Rien ne me paraissait changé dans la direction du pied; je renonçai à l'idée que j'avais eue un instant d'appliquer une attelle sur le côté externe du membre. Je continuai d'exercer une compression modérée au dessous des malléoles, au moyen de compresses superposées et maintenues par une bande roulée disposée de manière à ramener le talon en avant. Les irrigations froides furent continuées, mais moins fréquemment répétées.

Le 15 juin, dans l'intention d'obtenir une immobilité plus complète du pied, j'applique

une bande amidonnée; cet appareil ne peut être supporté. Dans la nuit le malade l'arrache pour reprendre les irrigations froides.

Le 20, les douleurs ont cessé, le malade dort. Il a encore essayé de se lever; mais la douleur le force de rentrer dans son lit.

Le 1er juillet, la pression ne détermine aucune douleur au dessous des malléoles. Je permets au malade d'essayer de faire quelques pas en se soutenant sur des béquilles.

Le 10 juillet, le malade s'est beaucoup exercé à la marche; mais il ne peut encore confier au membre malade tout le poids de son corps : il a adopté un béquillon sur lequel il s'appuie en marchant afin de diminuer la pression supportée par le talon. Il y a encore un peu de gonflement sous les malléoles; du reste les mouvements de flexion et d'extension du pied ne sont pas du tout douloureux; cependant le malade est tourmenté par des élancements qui du talon remontent vers les malléoles, qui l'éveillent en sursaut, et dans la journée vont quelquefois jusqu'à lui faire pousser un cri.

Le 18 juillet, c'est-à-dire 46 jours après l'accident, le malade n'a pu encore reprendre ses travaux ordinaires. Ce n'est qu'avec les plus grandes précautions qu'il peut appuyer le pied gauche sur le sol. Il y a encore un peu d'œdème au dessous de la malléole interne. Il n'en existe pas au dessous de l'extrémité inférieure du péroné; mais là on rencontre une saillie osseuse anormale qui n'existe pas sur le pied opposé.

Je mesurai de nouveau la distance comprise entre le sommet de la malléole externe et le point le plus déclive du calcanéum, et je trouvai un peu plus d'un demi-centimètre de moins pour le pied malade; les deux pieds comparés l'un à l'autre sous le rapport de leur longueur ne m'offrirent aucune différence appréciable.

Mon malade est venu à ma consultation le 30 juillet: il ne boitait pas lorsqu'il marchait dans un appartement dont le plancher est bien uni; mais s'il descendait dans la rue, la moindre inégalité du sol lui procurait de vives douleurs et le faisait chanceler.

J'ai revu cet homme le 2 septembre; les bains de rivière que j'avais conseillés ont amené un grand soulagement. Il a repris les travaux de sa profession; il boite cependant un peu vers la fin de la journée, il y a toujours raccourcissement de la ligne calcanéo-malléolaire. Il ne reste plus de traces de l'œdème sous-malléolaire.

Réflexions.—La crépitation manifestement perçue, le raccourcissement de la ligne qui s'étend des malléoles au talon, le gonflement sous-malléolaire, une saillie osseuse anormale existant au dessous de la malléole externe, la persistance de la douleur, etc.; tels sont les signes qui m'ont fait reconnaître la fracture du calcanéum.

Quelques différences essentielles semblent cependant séparer le fait que je viens de rapporter des observations publiées par M. Malgaigne, et pourraient au premier aspect jeter quelques doutes sur la légitimité du diagnostic. Dans les observations de M. Malgaigne, la tumeur osseuse anormale et le point le plus douloureux se trouvaient sous la malléole tibiale, tandis que chez mon malade je les ai rencontrées sous la malléole péronière. La disposition des fragments me semble pouvoir expliquer cette différence. L'ouvrier, comme je l'ai dit plus haut, fit un bond par côté, ce qui pourrait, jusqu'à un certain point, faire comprendre que le poids du corps dut au moment de la chute être déversé aussi par côté, et entraîner le fragment supérieur en dedans de manière à provoquer une saillie du fragment inférieur en dehors: enfin il paraîtrait qu'une disposition à peu près semblable aurait été observée dans une fracture du calcanéum qui s'est présentée tout récemment dans le service de M. le professeur A. Bérard. Ce fait, non encore publié en entier, se trouve indiqué au dernier paragraphe de l'excellente thèse de M. Nadal (Paris, 10 avril 1843), qui constitue le travail le plus complet qui ait été écrit jusqu'à ce jour sur cette matière.

Dans le fait que je viens de rapporter, y a-t-il eu véritablement écrasement du calcanéum? Je ne le pense pas: le mot écrasement suppose une fracture dans laquelle l'os est réduit en un plus ou moins grand nombre de fragments, et j'ai dit plus haut que chez mon malade les mouvements de flexion et d'extension du pied n'excitaient pas une grande douleur, ce qui serait inexplicable avec une fracture comminutive. Dans les observations de M. Malgaigne, dans celle que M. Robert vient de publier tout récemment (*Gazette des Hôpitaux* du 25 juillet), les mouvements du pied étaient très douloureux et presque impossibles. Chez mon malade le calcanéum ne doit pas avoir été fracturé dans le sens de sa longueur, de manière à ce que les solutions de continuité aient pu intéresser les surfaces qui s'articulent avec l'astragale. Cependant, avons-nous dit, il y avait raccourcissement de la ligne qui s'étend des malléoles jusqu'au point le plus déclive du talon. Faut-il en induire qu'il y a eu enfoncement des fragments les uns dans les autres? Je ne saurais l'admettre. N'oublions pas que le talon s'était fortement porté en arrière au point d'augmenter la longueur du pied et que cette disposition suffit à elle seule pour expliquer le raccourcissement de la ligne calcanéo-malléolaire. Du reste, je ne crois pas du tout que le poids du corps ait été l'agent principal, la seule cause efficiente de

la fracture. La voûte calcanéo-tarsienne me semble représenter un arc dont la corde serait constituée par l'aponévrose plantaire et les muscles fléchisseurs qui du calcanéum vont jusqu'aux phalanges des orteils. Lorsqu'un homme tombe sur la plante des pieds, la voûte ou plutôt l'arc calcanéo-tarsien tend à s'affaisser, à s'aplatir; mais un arc pressé contre un plan résistant ne peut s'affaisser, c'est-à-dire se rapprocher de la ligne droite sans que ses extrémités ne tendent à s'écarter; ce qui nous ramène à une remarque de Bichat (*Anatomie descriptive*, tom. I^er^, page 445, édit. de 1829), qui avait observé que le pied tend à s'allonger lorsqu'il est vivement pressé contre le sol par le poids du corps. Si maintenant la corde fibro-musculaire, représentée par l'aponévrose et les muscles plantaires, s'oppose à cet allongement du pied, il faudra que l'arc casse, et ce sera le plus fréquemment vers le calcanéum; car cet os, plus mince dans sa diaphyse qu'à ses extrémités, composé presque exclusivement de substance spongieuse et se trouvant seul en arrière, constitue la portion la moins solide de l'arc calcanéo-tarsien.

J'ai dit plus haut que, pour le vieux charpentier qui fut l'objet de cette observation, la chute n'avait eu lieu que d'une hauteur de deux mètres. A une si petite élévation, j'ai de la peine à comprendre que le poids du corps puisse écraser le calcanéum comminutivement et faire entrer les fragments les uns dans les autres comme dans l'observation première de M. Malgaigne. Je crois que cet os s'est fracturé parce que l'arc dont il fait partie n'a pu s'affaisser, vu l'inextensibilité de la corde formée par les muscles fléchisseur commun, adducteur du gros orteil et abducteur du petit orteil: explication d'autant plus admissible, que cet homme avait naturellement le pied excessivement cambré, et le talon très proéminent en arrière.

Ce n'est pas seulement par une inextensibilité inerte que les muscles plantaires s'opposent à l'allongement de l'arc calcanéo-tarsien, mais encore par une véritable contraction active, sur laquelle j'appelle l'attention, parce que, lorsqu'un homme tombe sur la plante des pieds, elle est instinctive et inévitable. Ainsi, tandis que les muscles qui concourent à la formation du tendon d'Achille rendraient la fracture du calcanéum plus difficile en favorisant l'allongement du pied par un véritable mouvement dit *de sonnette*, qui ramènerait cet os en haut et en arrière, la contraction des muscles plantaires arrête ce mouvement, s'oppose à l'aplatissement de l'arc calcanéo-tarsien, et force le calcanéum à se fracturer.

Boyer et Desault, trop préoccupés de la force du solaire et des jumeaux, n'ont pas entrevu cet antagonisme entre les muscles du mollet et ceux de la plante des pieds; ils ont tout rapporté à la puissante traction que le tendon d'Achille peut exercer sur l'extrémité postérieure du calcanéum. M. Nadal, qui a soumis cette théorie à une analyse critique des plus judicieuses, n'a pas manqué de signaler cet antagonisme auquel, pour mon compte, j'attache une grande importance; mais il n'a pas entrevu par quel mécanisme la contraction des muscles plantaires, en empêchant l'aplatissement de l'arc calcanéo-tarsien, le forçait à se casser.

Je ne sais si la théorie que je viens de développer serait également admissible pour les fractures du calcanéum qui peuvent avoir lieu après une chute sur la pointe des pieds. Je m'en tiens donc à l'observation qui a servi de thème à mes réflexions, et dans laquelle l'ouvrier étant tombé d'aplomb sur la plante des pieds, les choses me paraissent s'être succédé de la manière suivante: 1° le pied s'est trouvé violemment et subitement pressé entre la résistance du sol et le poids du corps augmenté par la vitesse de la chute. 2° L'inextensibilité de l'aponévrose plantaire, la contraction des muscles fléchisseur commun, adducteur du gros orteil, etc., ont empêché l'arc calcanéo-tarsien de s'allonger assez pour s'aplatir sur le sol qui lui résistait, et l'ont forcé à se casser vers le point le moins solidement constitué, c'est-à-dire vers le calcanéum. 3° Cet os étant fracturé, la contraction des muscles du mollet l'a emporté sur celle des muscles plantaires, et dès lors s'est produit le déplacement du fragment inférieur et avec lui le raccourcissement du talon.

A. Bérenguier.

BIBLIOGRAPHIE.

DE PELVI OBLIQUE OVATA CUM ANCYLOSI SACRO-ILIACA. *Programma quo ad orationem quâ munus professoris medicinæ extraordinarii sibi demandatum auspicaturus est*, etc., D. Eduardus Martin.—Ienæ, MDCCCXLI.

Le docteur Martin a choisi comme sujet de son discours d'introduction au professorat à la Faculté d'Iéna, la description de deux bassins difformes, présentant une difformité toute spéciale, et qu'il désigne sous le nom *d'oblique-ovale avec ankylose sacro-iliaque;* et il a tiré de ses recherches des consé-

quences qui ne sont sans intérêt ni pour la science ni pour la pratique.

Ce travail est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à décrire tout ce que ces bassins, qui se trouvent dans les collections des universités de Halle et d'Iéna, ont de particulier dans leurs formes et leurs diamètres respectifs; au lieu de reproduire cette description qui serait difficile à suivre pour le lecteur, nous préférons mettre sous ses yeux, sous de moindres dimensions, le dessin fidèle de l'un de ces bassins; c'est celui qui appartient à la Faculté d'Iéna.

La seconde partie traite de la nature et de l'origine de ces bassins, et c'est là particulièrement que l'auteur a abordé des questions d'une grande importance relative, et où il expose une manière de voir différente des opinions des maîtres dont la parole fait autorité dans la science.

Voici les points principaux de ses assertions :

« Il est inutile de prouver de nouveau, après l'illustre Nægèlé, que le bassin difforme dont il s'agit n'a rien de commun avec celui qui est le résultat de l'ostéomalacie; il est certain que dans le dernier cas l'altération du tissu osseux est complétement différente de celle du bassin dont nous parlons; aussi l'ankylose sacro-iliaque, dans le bassin difforme produit de l'ostéomalacie, n'est que très rarement complète (*in illis si non nunquam, tamen certè rarissimè reperitur*). »

Ce vice de conformation du bassin oblique-ovale avec ankylose sacro-iliaque ne saurait être comparé à la scoliose du thorax, et voici pourquoi :

1° L'incurvation latérale de l'os sacrum et des vertèbres voisines dans le bassin qui nous occupe, n'est point assez considérable pour pouvoir être mise en parallèle avec la courbure de la colonne vertébrale thoracique dans les cas de scoliose du thorax; il n'y a de comparaison à établir qu'entre la difformité du thorax et celle des os iliaques.

2° L'incurvation de la colonne vertébrale dans le bassin oblique-ovale n'est qu'apparente; elle existera toujours et sera très visible à la colonne en cas de scoliose du thorax;

3° L'ankylose de nos bassins se trouve toujours du côté convexe des fausses vertèbres; elle existe rarement dans la scoliose du thorax, et alors même elle se trouve toujours au côté concave;

4° La partie antérieure et postérieure de l'os innominé devenu compacte se présente plus aplatie qu'à l'ordinaire, tandis que les côtes dans la scoliose thoracique sont plus bombées à leurs parties postérieures, et forment des saillies très considérables;

5° Il existe cependant *des bassins obliques-ovales* qui peuvent être comparés au thorax scoliotique; ces bassins ne présentent ni ankylose sacro-iliaque, ni déviation du sacrum.

M. Martin, ayant ainsi établi ses prémisses, procède à l'examen des raisons que M. Nægèlé a données sur l'origine du bassin oblique-ovale;

M. Nægèlé y voit un vice de conformation primitif, « car, dit-il, l'ankylose sacro-iliaque complète le prouve. »

M. Martin répond que l'on voit dans d'autres jointures des ankyloses aussi complètes qui sont manifestement acquises; et conséquemment que la présence de l'ankylose ne prouve en rien que la difformité soit congéniale.

M. Nægèlé appuie son assertion sur le développement défectueux de tout un côté de l'os sacrum ; sur cela M. Martin s'efforce de prouver qu'aucune défection n'existe réellement (au moins dans ses exemplaires); ce sont seulement les trois fausses vertèbres qui se sont amincies de moitié ; mais cette diminution de volume avec accroissement de compacité de l'os ne saurait être un vice de conformation primitive, celui-ci se manifestant toujours sans altération dans le tissu.

« Mais, dit M. Nægèlé, des synostoses et des difformités s'observent aussi sur d'autres os par suite d'un vice de première conformation ; des synchondroses congénitales se rencontrent même ordinairement avec des ankyloses formant des arrêts de développement. »

M. Martin n'a jamais rencontré de telles synostoses, et quand même on admettrait leur existence, elles ne devraient entraîner aucune altération dans la texture des os, cette altération de texture étant propre exclusivement aux ankyloses acquises. Et en laissant même de côté cet argument, on ne voit pas pourquoi une synostose empêcherait le développement des os; ce qu'elle ne fait pourtant pas et ne peut pas faire dans la cavité cotyloïde.

M. Nægèlé dit encore : « La ressemblance des os de ces bassins entre eux indique une ressemblance d'origine. » Cela, répond M. Martin, ne saurait passer pour une preuve suffisante d'un vice de conformation primitive.

« On n'a pu, ajoute M. Nægèlé, rattacher cette difformité à aucune maladie ou cause de maladie. » Sur cela notre auteur répond que dans aucun cas on n'a découvert pendant la vie l'existence d'une si fâcheuse conformation du bassin ; cela prouve seulement que la maladie ne se trahit pas ordinairement par des signes clairement développés, et il en est de l'ankylose du bassin comme de beaucoup d'autres lésions qui ne révèlent leur existence qu'à l'autopsie.

On a prétendu que la scoliose était la cause du bassin oblique-ovale; mais M. Nægèlé a démontré que des femmes qui en étaient affectées étaient du reste bien faites (*dum viverent nullo formæ figurœve vitio laborasse, immo eas optime constitutas fuisse*) ; il est donc clair qu'il existe une différence bien manifeste entre ces deux classes de bassins.

Quant à ceux qui ont voulu prouver qu'une force extérieure aurait amené une pression dans la direction des diamètres obliques, ils ont oublié que cette force aurait dû agir depuis longtemps, et en conséquence devenir évidente ; il y aurait plus de vraisemblance à supposer que des distorsions et contusions de la symphyse sacro-iliaque auraient été la cause d'une inflammation et de ses conséquences. L'auteur lui-même est d'avis qu'une inflammation dans cette synchondrose est la cause de l'ankylose avec accroissement de compacité du tissu osseux. Par l'effet de cette inflammation, les canaux nutritifs se ferment ou se rétrécissent, le développement des os souffre, et les parties voisines, à leur tour, changent leurs formes; mais la cause de l'inflammation peut cependant être ou mécanique ou dyscrasique (*causas autem inflammationis ancylosin adducentes diversam et vim mechanicam et dyscrasiam rheumaticam aut scrophulosam statui posse accuratiore explicatione non opus est*).

Après tout ce qui a été dit, voici les conclusions de notre auteur :

1° Il existe plusieurs espèces de bassins obliques-ovales, et celui dont nous avons traité doit être appelé *bassin oblique-ovale avec ankylose sacro-iliaque ;*

2° Ce bassin forme, d'après sa particularité et son origine, une classe spéciale parmi les bassins difformes ;

3° Cependant l'ankylose n'est pas le résultat d'un vice de première conformation, elle est acquise dans le jeune âge (*hoc autem vitium non primæ conformationis, sed ancylosi prima ætate acquisita atque cum vicinarum ossium partium induratione conjuncta efficitur. Reliquæ vero ossium pelveos difformitates secundariæ sunt*).

4° Plus la difformité du bassin est considérable, plus nous croyons qu'elle a été produite dans le jeune âge: c'est plutôt un développement trop accéléré qu'arriéré.

5° Le signe pathognomonique du bassin oblique-ovale avec ankylose sacro-iliaque semble se trouver dans la distance trop petite des apophyses épineuses du sacrum et l'épine postérieure de l'un des os iliaques.

Nous n'avons à ajouter que quelques mots au travail du professeur d'Iéna, que nous recommandons à la lecture de tous les hommes de l'art ; nous nous plaisons à y reconnaître des tendances salutaires pour le progrès de la science ; nous aimons ce ton de piété avec lequel il aborde et discute les opinions de notre illustre maître de Heidelberg ; et bien que sur beaucoup de points nous restions attachés aux opinions de M. Nægèlé, nous n'en féliciterons pas moins la Faculté d'Iéna d'admettre dans son sein des hommes qui débutent ainsi dans la carrière de l'enseignement.

D[r] OTTERBURG.

— DU TRAITEMENT DES FAUSSES ANKYLOSES *et de la contracture des membres par la compression, aidée de l'extension, sans l'emploi de la ténotomie, avec quelques réflexions sur ce dernier mode opératoire,* par M. DANCEL. in-8°. Prix, 2 fr., chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

Académie des sciences.—16 *octobre*.—M. Desmarres communique les conclusions d'un travail expérimental qu'il a entrepris sur la transplantation de la cornée ou kératoplastie. Il espère, dit-il, convaincre l'Académie de l'utilité pratique de cette opération, et continue d'ailleurs ses expériences sur les lapins.

M. Leroy-d'Etiolle adresse une lettre relative à la dissolution des calculs urinaires par le suc gastrique. « J'ai pu, cette semaine, dit-il, faire quelques expériences. L'action a été nulle sur les calculs d'oxalate de chaux, à peu près nulle sur l'acide urique, extrêmement faible sur les phosphates triples de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, de même que sur une concrétion d'urate de soude provenant d'une articulation de goutteux. A ces résultats négatifs je joindrai celui de M. Donné, qui, depuis trois semaines déjà, tient des fragments d'acide urique dans du suc gastrique, sans qu'ils aient éprouvé d'altération marquée. Je n'ai observé des effets dignes d'être notés que sur les calculs alternants. La couche la plus épaisse de mucus qui unit les deux espèces de concrétions a perdu sa cohésion ; et ces couches se sont séparées, mais par une cassure nette et sans renouvellement de fragments.

23 *octobre*.—M. Schuster envoie un nouveau mémoire sur l'application de l'électro-puncture à diverses maladies, parmi lesquelles il range les dégénérescences tuberculeuse et encéphaloïde (!) ; et il signale particulièrement la certitude de ce moyen pour la cure radicale de l'hydrocèle.

30 *octobre*.—M. Morel Lavallée rapporte l'histoire d'un sujet mort au 15e jour d'une fracture du fémur au dessus des condyles, et sur lequel il a étudié avec soin l'état du cal commençant.

M. Ducros adresse un mémoire sur la guérison des surdités torpides sans boursouflement inflammatoire de la muqueuse, par la compression douloureuse des nerfs faciaux au moyen de l'application des pouces à la région parotidienne. Il propose la même méthode contre la surdi-mutité.

Académie de médecine.—17 *octobre*.—M. P. Bernard présente un malade sur lequel il a pratiqué l'ablation de la glande lacrymale pour un larmoiement chronique des plus intenses ; et il propose le même moyen contre les fistules lacrymales rebelles.

24 *octobre*.—M. Ricord annonce qu'il y a 17 jours il s'est blessé au pouce de la main gauche avec des ciseaux dont il s'était servi pour le pansement d'un ulcère vénérien primitif. La plaie s'enflamma d'abord et prit un aspect de mauvaise nature. Quelques doutes s'étant élevés dans son esprit sur le caractère de cette plaie, il s'inocula le pus qui en sortait sur l'avant-bras du même côté ; 24 heures après une pustule vénérienne s'y était développée ; il la cautérisa avec le caustique de Vienne ; et malgré la certitude acquise de la vraie nature de la maladie, il pense qu'il n'éprouvera pas de symptômes consécutifs, d'après cette loi qu'il cherche à établir, que, de même que la variole, *on n'est susceptible d'avoir la vérole constitutionnelle qu'une fois*.

Cette assertion a suscité une certaine rumeur ; on a demandé si la vérole constitutionnelle ne se gagnait qu'une fois, parce qu'une fois acquise on ne pourrait pas s'en débarrasser. M. Ricord a nettement expliqué sa loi ; et d'après lui, quand un sujet a eu la vérole constitutionnelle, et qu'il en est guéri, il peut bien encore attraper des chancres ou d'autres symptômes primitifs, mais ils ne produiront plus de symptômes secondaires.

31 *octobre*.—M. A. Bérard fait un rapport sur un choix d'observations chirurgicales adressées par M. Lépine, chirurgien à Châlons-sur-Saône. La plus intéressante a trait à une plaie de l'abdomen avec issue de l'estomac et du colon. La réduction fut longue et difficile ; et M. Bérard demande si, dans les cas de ce genre, il n'y aurait pas lieu de faire une ponction à l'estomac pour donner issue aux gaz et faciliter sa rentrée.

M. Blandin a connaissance d'un fait dans lequel la ponction a été suivie d'une fistule stercorale. Il pense donc que mieux vaudrait débrider, et que le meilleur parti serait encore de réduire sans piquer ni débrider, ainsi que l'a fait avec succès M. Lépine.

M. Bérard fait remarquer que la plaie avait 16 centimètres de largeur. Donc ce n'était pas l'étroitesse de la plaie qui s'opposait ici à la réduction, mais bien la distension de l'estomac par les gaz. L'indication est donc toute naturelle ; A. Paré et Desault ont usé de la ponction sans la voir suivie de fistule ; et il faudrait savoir si, dans le sujet cité par M. Blandin, la fistule n'a pas été due à une autre cause.

—Nécrologie.—La chirurgie a fait récemment quelques pertes douloureuses ; nous accorderons ici un juste tribut de regrets à deux éminents praticiens de la province : M. Champion de Bar-le-Duc, et M. Fabre de Marseille. M. Champion, dans une cité peu considérable, avait su se faire une renommée d'habileté et de savoir qui ne redoutait nulle comparaison ; il passait à bon droit pour le premier entre tous les chirurgiens de l'est de la France ; sa longue et heureuse pratique, son érudition si étendue et si sûre, le faisaient souvent consulter par ses confrères les mieux placés de la capitale ; et M. Velpeau et nous-mêmes, qu'il honorait aussi de son amitié, nous lui avons dû plus d'un renseignement précieux. Sa mort a été un deuil populaire.

Pour M Fabre, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter aux journaux de Marseille, du 1er octobre, les détails suivants :

« M. le docteur Fabre, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, a succombé ces jours derniers à une courte maladie, qui était loin d'annoncer d'abord une issue si prompte et si malheureuse. Attaché à l'hospice pendant quarante années, chéri de la population de la vieille ville, à laquelle il donnait tous ses soins, sa carrière médicale fut honorable

autant qu'heureuse; et quand les suites d'une attaque d'apoplexie l'obligèrent, il y a deux ans, à quitter sa maison pour celle de sa fille, une foule immense suivit avec attendrissement la chaise à porteurs qui l'enlevait à son quartier. Sa maladie ne porta atteinte ni à ses facultés intellectuelles, ni même à ses traits si remarquables par leur conservation. Il vivait en patriarche au milieu de trois générations d'enfants, et son humeur ne se ressentait point de ses infirmités, quand un mal peu dangereux en apparence est venu l'atteindre. Il ne s'est pas mépris sur sa gravité, et a demandé et reçu les derniers secours de la religion avec un empressement digne de la piété dont il se faisait honneur. Son seul regret en mourant a dû être de ne pas voir auprès de son lit un fils dont les travaux étaient l'honneur de sa vieillesse, M. le docteur Fabre (de Paris), rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, auteur de plusieurs ouvrages importants sur les sciences médicales, et qui se fit comme poète une juste réputation par des satires pleines de verve, dirigées contre les abus qui déparent sa noble profession. »

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu à l'occasion de nos discussions avec M. J. Guérin, deux lettres auxquelles l'épreuve judiciaire que nous venons de subir a ôté sans doute une partie de leur intérêt, mais qu'il importe cependant de connaître pour se faire une idée exacte de toutes choses.

M. Guérin avait publié dans la *Gazette médicale* du 19 août une lettre par lui adressée au conseil des hôpitaux, à l'effet de demander une commission qui serait chargée, entre autres choses, *de s'enquérir des résultats qu'il avait annoncés;* et dans le même numéro, il annonçait que le conseil *avait pris sa demande en considération et nommé une commission.* Cette commission fut plus de deux mois sans se réunir; mais enfin sa première réunion ayant dû avoir lieu le 3 novembre, nous lui avions écrit une lettre par laquelle nous mettions à sa disposition les documents que nous avions recueillis jusque-là sur le fameux Relevé statistique. La lettre ne put lui être communiquée que le 12 novembre; et le lendemain nous reçûmes la réponse suivante:

« Paris, le 12 novembre 1843.

« Monsieur,

« J'ai communiqué ce matin, à la commission chargée d'examiner le service orthopédique (aux Enfants malades), la lettre en date du 3 de ce mois qne vous m'avez fait l'honneur de m'écrire. La commission ayant pensé que l'article 2 de l'arrêté du conseil des hospices limitait ses attributions à l'examen des malades qui devaient être soumis au traitement orthopédique, n'a pas cru devoir accueillir la proposition que vous lui faisiez. Je joins ici copie de l'article précité.

« Art. 2.—*En conséquence, tous les enfants qui devront être soumis au traitement orthopédique seront préalablement présentés à cette commission, et lui seront représentés à l'issue du traitement, quelle que soit la cause qui le fasse cesser ou interrompre.*

« Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée,

« Orfila,
« Président de la commission. »

On voit que M. Guérin était dans l'erreur et avait induit ses lecteurs en erreur, en leur annonçant la commission comme chargée de s'enquérir *des résultats annoncés.*

La deuxième lettre est de M. Dechambre, l'un des rédacteurs du Relevé statistique.

Paris, ce 15 novembre 1843.

Monsieur,

Quelques mots échappés à votre défense du 14 novembre dernier, devant le tribunal de police correctionnelle de la Seine, dans l'affaire engagée entre vous et M. Guérin; quelques mots que la nature même du procès m'interdit de reproduire, mais que vous vous rappelez certainement, m'engagent à vous prier de déclarer publiquement si vous avez ou non par devers vous la preuve d'une contradiction ou d'une erreur dans la partie du Relevé qui concerne le strabisme. C'est la seule, vous le savez, pour laquelle j'ai prêté ma collaboration.

Pour vous mettre à même de répondre à cette question catégoriquement et en toute connaissance de cause, il est indispensable de vous prévenir que, appelé à remplir un cadre statistique tout préparé et où les résultats devaient tous se ranger sous ces indications : *guéris, améliorés, morts,* etc., je n'ai dû et pu prendre pour base de mon appréciation que l'élément principal et essentiel du strabisme, *la direction du globe oculaire.* Partant, il est bien entendu que le mot *amélioration* a signifié seulement dans mon esprit *redressement partiel* de l'œil, quels que fussent d'ailleurs les résultats relatifs aux autres éléments de la difformité. Le mot *guérison* n'a pas besoin de commentaires.

Veuillez agréer, etc. Dechambre.

On ne comprendrait pas bien la lettre de M. Dechambre, si nous ne rappelions que dans le Relevé statistique (v. ci-devant, page 258) sur 108 strabismes opérés, on comptait 100 *guéri-*

sons complètes, 8 *améliorations*. La qualité toute spéciale de ces améliorations nous explique comment M. Velpeau, M. A. Bérard et nous-mêmes nous avons vu de ces malades atteints de diplopie, d'embarras dans les mouvements de l'œil; comme l'amélioration ne concerne que la rectification du globe oculaire, et que nous n'avons pas vu les sujets avant l'opération, nous ne pouvons réellement pas dire s'ils ont été ou non améliorés. Nous nous bornerons donc à constater qu'ils ne se regardent pas comme tels, et qu'ils regrettent fort leur premier état.

Nous poserons cependant deux questions à M. Dechambre. Le sujet qui a perdu la vue de l'œil opéré (à la vérité en dehors du service de l'hôpital) a cependant, d'après son dire, l'œil un peu moins dévié qu'auparavant; est-ce que par hasard ce sujet, s'il avait été opéré dans le service, aurait été compté dans les *améliorés?*

Et si ce même sujet ou un autre avait eu l'œil tout à la fois perdu et entièrement redressé, où l'aurait-on mis? Parmi les guérisons complètes? La lettre de M. Dechambre laisse ce point quelque peu obscur; et les praticiens seraient charmés sans doute qu'on voulût bien les édifier à cet égard.

Procès intenté au Journal de chirurgie.—Jugement.— Consécration de la liberté de discussion scientifique.

Nous devons avant tout nous excuser du retard apporté à l'apparition de ce numéro. L'exactitude est la politesse des journaux aussi bien que des rois; et il n'a pas moins fallu, pour nous en départir, que la gravité des circonstances et le désir d'apprendre à nos lecteurs le résultat d'une lutte à jamais déplorable. Justice est faite; la liberté de discussion en matière scientifique a reçu une consécration solennelle, dont nous ne soupçonnions guère qu'elle aurait besoin; et M. Guérin paiera les frais du procès qu'il a intenté au *Journal de chirurgie*.

Il est difficile de rendre l'agitation que cette affaire a excitée dans le public médical, et même dans une certaine partie de la population parisienne. Durant quatre longues audiences, occupées par les plaidoieries, l'enceinte du tribunal de police correctionnelle s'est trouvée trop étroite pour contenir les auditeurs; et à chaque audience nouvelle la foule se pressait de plus en plus serrée et profonde. Le prétoire était envahi par les avocats en robe; dans l'enceinte, dans les couloirs et jusque près des juges, se remarquaient des professeurs, des membres de l'Académie royale de médecine et de l'Institut, des députés, des magistrats de l'ordre le plus élevé.

A notre affaire, trop simple et trop claire en elle-même pour supporter la discussion, M. Guérin en avait réuni trois autres, de façon à en faire au premier abord un complot colossal. Tant d'habileté a tourné contre lui-même; au lieu d'un adversaire, il s'en est trouvé quatre; tandis que tout le talent reconnu de Me Crémieux ployait sous le fardeau de cette triste attaque, les défenseurs, Me Béthmont, Me Plocque, Me Favre, semblaient lutter à qui l'emporterait de verve et d'éloquence; et Me Béthmont surtout, répondant à M. l'avocat du roi, a déconcerté l'accusation par un des plus magnifiques plaidoyers dont le palais ait gardé le souvenir. Le *Journal de chirurgie* était défendu par son rédacteur en chef, et la sainteté de la cause que nous défendions a donné aussi à nos paroles assez d'éclat et de force, pour porter la conviction dans l'esprit des magistrats. Ceux qui n'ont pas assisté à ces débats, ceux qui n'ont pas vu l'auditoire tout entier, frémissant, bouillonnant, emporté même quelquefois jusqu'à des applaudissements aussitôt réprimés par le respect de la justice, ceux-là ne sauraient se faire une juste idée des impressions produites par les divers incidents de ce grand drame judiciaire.

On sait que la loi défend de rien répéter des plaidoiries en affaires de diffamation; cette défense nous est d'ailleurs plus légère qu'à tout autre, et nous plaignons trop sincèrement notre adversaire d'avoir subi le supplice de ces quatre audiences pour avoir le moindre désir de lui en renouveler l'amertume.

Aujourd'hui que tout ce bruit est dissipé, que les passions si violemment excitées par la lutte sont rentrées dans le silence, nous allons reprendre comme par le passé nos études scientifiques, avec la même modération, avec la même fermeté; secouant de nos souliers la poudre de ce tribunal de police correctionnelle devant lequel nous avons été si étonnés de nous asseoir, et ne voulant conserver d'autre souvenir que celui de la dignité des magistrats et de la justice qu'ils nous ont rendue.

Mais en dehors du tribunal, nous avons trouvé aussi parmi nos confrères une justice et des sympathies dont nous sommes fiers à bon droit, parce qu'elles ont montré à tous la grandeur

et l'équité de notre cause. Ce sont là des souvenirs qui ne doivent point périr; qu'il faut conserver avec soin, au contraire, afin que le monde médical connaisse bien la force qu'il peut puiser dans son union. Les médecins des départements ont joint leurs voix à ceux de Paris; les internes des hôpitaux ont protesté à l'exemple de leurs maîtres; la presse médicale s'est levée comme un seul homme; et enfin la Société de chirurgie, prenant une vigoureuse initiative, a entraîné les sociétés savantes. Toutes ces adhésions avaient été publiées par la *Gazette des hôpitaux*, qui, par sa publicité plus fréquente, pouvait seule se faire l'apôtre et le Moniteur de ce grand mouvement médical, et qui a dignement et courageusement accompli sa mission. Mais nous avons cru qu'il était aussi de notre devoir d'enregistrer ces protestations si éclatantes et si nombreuses, et nous y avons consacré un supplément. Nous n'avons pas publié toutes les lettres particulières que nous avons reçues; le même sentiment animait tous nos confrères sur tous les points du royaume; nous les prions seulement ici d'agréer l'expression d'une reconnaissance qui ne mourra qu'avec nous.

Déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France.

La liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré et l'une des bases fondamentales de toute science.

La discussion peut et doit s'exercer sur les doctrines et sur les faits.

La discussion des faits porte essentiellement sur leur valeur, sur leur degré d'exactitude, et entraîne nécessairement le droit de les nier, lorsque leur fausseté a été découverte.

En médecine et en chirurgie particulièrement, il est de droit de discuter toute méthode et toute opération nouvelles, de rechercher la valeur des succès annoncés, de les nier lorsqu'on a la preuve qu'ils ne sont pas réels.

Hors de ces principes, il n'y a plus ni discussion, ni art, ni enseignement possibles, ni garantie pour la santé publique ; et la science serait livrée sans défense à la merci de tous les charlatans.

Paris, 8 octobre 1843.

MARJOLIN, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie royale de médecine.

VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie royale de médecine.

FOUQUIER, professeur de clinique médicale, premier médecin du roi, membre de l'Académie royale de médecine.

CRUVEILHIER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté, membre de l'Académie royale de médecine.

MOREAU, professeur d'accouchements à la Faculté, membre de l'Académie royale de médecine.

A. BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

TROUSSEAU, professeur de thérapeutique à la Faculté.

VILLERMÉ, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

HUSSON, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

GIMELLE, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, membre de l'Académie de médecine.

OLLIVIER (d'Angers), membre de l'Académie de médecine.

BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine.

COLLINEAU, membre de l'Académie de médecine.

GÉRARDIN, médecin de la Maternité, membre de l'Académie de médecine.

GUÉNEAU DE MUSSY, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

GUERSANT, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie de médecine.

A. PASQUIER, chirurgien du roi, chirurgien en chef des Invalides, etc.

CORNAC, médecin en chef des Invalides, membre de l'Académie de médecine.

GERDY, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Piorry, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.
F.-V. Mérat, membre de l'Académie de médecine.
P.-J. Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur à la Faculté, membre de l'Institut.
Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.
P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.
Breschet, professeur à la Faculté, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.
Baron, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie de médecine.
Baffos, médecin de l'hospice de Larochefoucauld, membre de l'Académie de médecine.
Renauldin, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.
Patissier, membre de l'Académie de médecine.
Bourdon, D.-M.-P.
Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.
Valleix, médecin des hôpitaux.
Denonvilliers, chirurgien des hôpitaux, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté.
Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté.
Dupré, D.-M.-P.
Martin, D.-M.-P.
Colombat (de l'Isère), D.-M.-P.
Lucien Boyer, D.-M.-P.
Cazeaux, ex-chef de clinique de la Faculté.
Depaul, D.-M.-P.
Laborie, D -M.-P.
Marchal de Calvi, D.-M.-P.
Aubert-Roche, D.-M.-P.
Danyau père, membre de l'Académie de médecine.
Puel, D.-M.-P.
Maissiat, agrégé de la Faculté.
Guérard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Kapeler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Manec, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (femmes).
Natalis Guillot, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de Paris.
Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Marrotte, médecin du Bureau central.
Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon.
Chassaignac, chirurgien du bureau central.
Félix d'Arcet, D.-M.-P.
Henry Blatin, D.-M.-P.
Richelot, D.-M.-P.
Homolle, D.-M.-P.
Dobigny, D.-M.-P.
Bourdin, D.-M.-P.
A. Tessereau, D.-M.-P.
Jacques, D.-M.-P.
Aubrun, D.-M.-P.
Bonnassies, D.-M.-P.
Compérat, D.-M.-P.
Labarraque, D.-M.-P.
Belhomme, D.-M.-P.
V. Szokalski, D.-M.-P.
Larraine, D.-M.-P.
Kunz, D.-M.-P.
Smith, D.-M.-P.
Hubert-Valleroux, D.-M.-P.
Dronsart, D.-M.-P.
Voillemier, D.-M.-P.
Bonneau, médecin de l'hôpital des Enfants.
Hardy, médecin du Bureau central.
G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé.
H. Roger, médecin du Bureau central.
P. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants.
V. Gerdy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Michon, chirurgien à l'hôpital Cochin, agrégé à la Faculté.
Raige-Delorme, D.-M.-P.
G. Blache, médecin de l'hôpital Cochin, médecin du prince royal.
R. Marjolin, chirurgien du Bureau central.
L. Gontier, D.-M.-P.
Al. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté.
Ph. Boyer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.
Beau, médecin des hôpitaux.
F. Dubois, membre de l'Académie de médecine.
A. Dumont, D.-M.-P.
Barth, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté.
Monneret, médecin du Bureau central, agrégé à la Faculté.
Legroux, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
Breton, D.-M.-P.
Nonat, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.
Maisonneuve, chirurgien du Bureau central.
Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine.
Bonamy, D.-M.-P.
Cardeilhac, D.-M.-P.
Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé de la Faculté.
B. Horteloup, médecin de l'institution de Sainte-Périne, médecin du roi par quartier.
A. Danyau, chirurgien professeur-adjoint à l'hospice de la Maternité.
Jolly, membre de l'Académie de médecine.

Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine.
Mialhe, agrégé à la Faculté.
Sestier, agrégé à la Faculté.
Martins, agrégé à la Faculté.
Bouchut, D.-M.-P.
B. de Larroque, médecin à l'hôpital Necker.
Roche, membre de l'Académie de médecine.
Pidoux, D.-M.-P.
Cullerier, chirurgien du Bureau central.
Piedagnel, médecin des hôpitaux.
Foy, D.-M.-P.
Gillette, médecin du Bureau central.
A. Roustan, D.-M.-P.
Desequibes, D.-M.-P.
Bouvier, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.
Allibert, D.-M.-P.
Rochoux, médecin de l'hospice de Bicêtre, membre de l'Académie de médecine.
Bayle, D.-M.-P.
Amussat, membre de l'Académie de médecine.
Devilliers, membre de l'Académie de médecine.
Lachèze, D.-M.-P.
Beaugrand, D.-M.-P.
Baron, médecin du Bureau central.
Grisolle, médecin du Bureau central.
Poumet, D.-M.-P.
Fauvel, chef de clinique de la Faculté.
Poirson, membre de l'Académie de médecine.
Ch. Londe, membre de l'Académie de médecine.
Lagneau, membre de l'Académie de médecine.
Caffe, D.-M.-P.
Thirial, D.-M.-P.
Andrieux de Brioude, D.-M.-P.
Masson de Saint-Félix, D.-M.-P.
Prus, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes).
Cerise, D.-M.-P.
Janin, D.-M.-P.
Balmette, membre de la Société médico-pratique.
Duval, membre de l'Académie de médecine.
Bégin, membre du Conseil de santé des armées et de l'Académie de médecine.
Baron H. Larrey, chirurgien au Val-de-Grâce, agrégé à la Faculté.
Fabre, D.-M.-P.
Guitton, D.-M.-P.
Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre.
Jacob, D.-M.-P.
Roussel, D.-M.-P.
Sarrazin, D.-M.-P.
Desmarres, D.-M.-P.
Hélie, D.-M.-P.
Quatrevaux, D.-M.-P.
Martin, D.-M.-P.
Capuron, membre de l'Académie de médecine.
Ségalas, membre de l'Académie de médecine.
Pauly, D.-M.-P.
Noel Guéneau de Mussy, D.-M.-P.
Ribail, D.-M.-P.
Gueury, D.-M.-P.
P. Puche, médecin de l'hôpital du Midi.
Emmanuel Rousseau, D.-M.-P.
Bernast, D.-M.-P.
Aimé Grimaud, D.-M.-P.
L. Bassereau, D.-M.-P.
Carrère, D.-M.-P.
Tournié, D.-M.-P.
Giraldès, D.-M.-P.
A. Brierre de Boismont, D.-M.-P.
Mojon, professeur honoraire de l'Université royale de Gênes, correspondant de l'Académie de médecine.
Sévestre, D.-M.-P.
L. Fleury, D.-M.-P.
Godier, D.-M.-P.
Chailly, D.-M.-P.
Genest, D.-M.-P.
Duval, D.-M.-P.
Andrieux, D.-M.-P.
Deschamps, D.-M.-P.
Dieuhem Chotomski, D.-M.-P.
Tanquerel des Planches, D.-M.-P.
J. Snowden, D.-M.-P.
Tavernier, D.-M.-P.
Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.
Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe.
Sellière, D.-M.-P.
Félix Legros, D.-M.-P.
Dancel, D.-M.-P.
Planté de Mengelle, D.-M.-P.
Maisonabe, agrégé à la Faculté.
Fleurus Léger, vice-président de la Société Médico-Pratique.
Prosper Basile, D.-M.-P.
Schuster, D.-M.-P.
J.-B. Maurial, D.-M.-P.
Amédée Latour, D.-M.-P.
Ducros (de Marseille), D.-M.-P.
Rampon, D.-M.-P.
Josse, D.-M.-P.
Plisson, D.-M.-P.
Miquel, D.-M.-P.
Vanier, D.-M.-P.
Lubanski, D.-M.-P.
Cahen, D.-M.-P.
Lalanne, D.-M.-P.
Quévenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité.
A. Putel, D.-M. à Neuilly.
Max. Vernois, D.-M.-P.
A. Paulin, D.-M.-P.
Blanchard, D.-M.-P.
Raciborski, ancien chef de clinique.
Ch. Flandin, D.-M.-P.
Pellarin, D.-M.-P.
Jallat, D.-M.-P.
Morel-Lavallée, D.-M.-P.
Dumas, D.-M.-P.

Souberbielle, D.-M.-P., membre de l'ancienne Académie de chirurgie.
Sichel, D.-M.-P.
Delasiauve, D.-M.-P.
Léon Husson, D.-M.-P.
Falone, D.-M.-P.
Pédelaborde, D.-M.-P.
Regnart, D.-M.-P.
Alexandre Dupuis, D.-M.-P.
Charruau, D.-M.-P.
Desprez, prosecteur de la Faculté.
F. Hillairet, D.-M.-P.
E. Lacroix, ex-prosecteur à la Faculté.
Vigla, chef de clinique de la Faculté.
P. Delamotte, D.-M.-P.
Lélut, médecin de la Salpêtrière.
D'Astros, chef de clinique médicale de la Faculté.
Beaude, membre du conseil de salubrité.
Renaut, D.-M.-P.
A. Pointis, D.-M.-P.
J. Fau, D.-M.-P.
Drache, D.-M.-P.
J. Sterlin, D.-M.-P.
Pailloux, D.-M.-P.
Taupin, D.-M.-P.
Serré, D.-M.-P.
J. Loir, D.-M.-P.
Lacournère, membre de l'Académie de médecine.
Cherest, D.-M.-P.
Riembault, D.-M.-P.
Deramond, D.-M.-P.
Magne, D.-M.-P.
Gosselin, prosecteur de la Faculté.
Lustreman, professeur au Val-de-Grâce.
Casimir Broussais, professeur au Val-de-Grâce.
Léhu, Dr.
Martin, Dr, de Deuil.
Olinet, Dr.
Beslières, D.-M.-P.
L. Mailliot, D.-M.-P.
Lacorbière, D.-M.-P.
Dufresse, D.-M.-P.
De Fernex, D.-M.-P.
Deguise père, chirurgien en chef de la maison royale de Charenton.
Deguise fils, chirurgien-adjoint du même établissement.
Mélier, membre de l'Académie royale de médecine.
Dezeiméris, député, bibliothécaire de la Faculté de médecine.
Lesueur, agrégé et chef des travaux chimiques de la Faculté,

Paris, Hôtel royal des Invalides, le 4 novembre 1843.

Nous, soussignés, docteurs en médecine, déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes contenus dans la déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique.

A. Pasquier, D.-M.-P.
L. Bezu, D.-M.-P.
Lallemand, D.-M.-P.
Doquin, D.-M.-M.
B. Borrel, D.-M.-M.
J.-B. Huard, D.-M.-M.
Barudel, D.-M.-M.
Aron, D.-M.-S.
Valette, D.-M.
Gerrier, D.-M.

Adhésions des médecins des départements.

Le Havre, 20 octobre 1843.

Nous, soussignés, docteurs en médecine des trois Facultés du royaume résidant au Havre, etc.

Déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes suivants, formulés par les médecins de Paris.

(Suit le texte de la déclaration.)

Marchesseaux, D.-M.-P., ancien journaliste.
Desjardins, D.-M.
H. Langevin, D.-M.-P.
Desnouette, Dr.
Marie, D.-M.-P.
Hébert, D.-M.-P.
N. Cousture, D.-M.-P.
Falize, D.-M.-P.
A. Duchesne, D.-M.-P.
Huet, D.-M.-P., chirurgien en chef de l'hôpital.
Pihorel, D.-M.-P., chirurgien-adjoint de l'hôpital
Bourgueneuf, Dr, médecin en chef de l'hôpital.
Deverre, D.-M.-P.

Saint-Malo, 21 octobre 1843.

A. M. le Rédacteur du *Journal de Chirurgie*.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens à l'instant d'ouvrir votre journal, et ce n'est pas sans un étonnement inouï que j'ai lu les quelques lignes où il est question d'un procès en police correctionnelle qui vous est intenté par M. J. Guérin, pour avoir critiqué justement et avec un ton parfaitement convenable, les miracles orthopédiques du rédacteur en chef de la *Gazette médicale*.

Mes confrères de Saint-Malo et moi, déclarons donc avec les médecins et chirurgiens de France, que la liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré, que sans elle la science ne pourrait exister, et que nous réprouvons tout acte attentatoire à cette liberté que tout médecin ami du progrès et des lumières doit défendre et respecter.

Vos confrères : CHAPEL fils, D.-M.-P. CHAPEL père, D.-M.-P. BÉHIER, D.-M.-P.
E. LÉCHELLE, D.-M. EGUISIER, D.-M.-P.

Bordeaux, 22 octobre 1843.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous prie de signer en mon nom la déclaration contenue dans votre journal d'octobre, qui commence par :

« La liberté de discussion en matière scientifique est le droit le plus sacré et l'une des bases fondamentales de toute science. »

EMILE GAUBRIC, médecin et chirurgien du dépôt de mendicité.

Gaillac, le 22 octobre 1843.

A M. le Rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Monsieur et très honorable confrère,

Le n° du 19 octobre courant de votre excellent journal, m'apporte une *Déclaration en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique*. Veuillez enregistrer dans vos colonnes mon adhésion pleine et entière aux principes qui y sont formulés.

Personne au monde ne professe plus d'estime que moi pour le talent de M. Guérin, par cela même je déplore plus que personne la voie malheureuse dans laquelle il vient d'entrer. Si par impossible MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) étaient reconnus coupables, judiciairement parlant, l'exemple du propriétaire de l'*Etablissement orthopédique* —je me trompe—de l'*Institut orthopédique du château de la Muette*, n'en resterait pas moins pour prouver à quels expédients sont condamnés les meilleurs esprits quand des intérêts matériels se mettent forcément pour eux à la place des intérêts de la science, quand l'art est obligé de descendre au niveau d'une industrie.

Agréez, etc.,

RIGAL, D.-M., chirurgien de l'hôpital Saint-André-de-Gaillac, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Saint-Malo, 24 octobre 1843.

A M. le Rédacteur du *Journal de Chirurgie*.

Monsieur,

J'adhère pleinement et sans réserve à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France. Le procédé de M. J. Guérin est si étrange que tous les vrais amis de la chirurgie vous assureront, je n'en doute pas, de leur sympathie en cette circonstance.

Mon illustre compatriote, Broussais, n'a pas agi de la sorte envers M. Guérin. Lorsque ce dernier attaquait si vivement l'auteur de la doctrine physiologique, Broussais a-t-il appelé le rédacteur de la *Gazette médicale* devant les tribunaux? Une pareille démarche

eût paru dénuée de toute dignité à l'homme qui, toute sa vie, fut sur la brèche de la polémique et respecta constamment la liberté de discussion en matière scientifique.

Veuillez agréer, je vous prie, l'expression des vœux que je forme pour le triomphe du droit que vous défendez avec tant de courage et de talent, etc.,

CABARET, D.-M.-P.

Vimoutiers (Orne), ce 24 octobre 1843

La liberté de penser, de parler et d'écrire est un droit tellement acquis à l'homme qu'il faut une appréciation bien superficielle des choses et des principes pour vouloir empêcher la libre discussion en matière scientifique.... C'est pourquoi je déclare, en dehors de toute arrière-pensée de parti, acquiescer à la déclaration indiquée à la page 133 du *Journal de Chirurgie*. Cette vigoureuse protestation ne peut manquer d'être accueillie par le public médical, toujours prêt à défendre ses droits et à désapprouver toute atteinte portée à la liberté de discussion en fait de médecine et de chirurgie.

Dr DELAPORTE, correspondant de l'Académie de médecine.

Adhésions des médecins de Strasbourg.

Strasbourg, 26 octobre 1843.

ARRONSSOHN, agrégé à la Faculté de médecine, médecin consultant du roi.
BACH, agrégé à la Faculté de médecine.
EUG. BEECKEL, D.-M.-P.
BOYER, professeur de physiologie à la Faculté.
D'EGGS, D.-M.
FÉE, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté.
DEYBER, D.-M.
FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté.
GODELIER, professeur à l'hôpital militaire.
RIGAUD, professeur de chirurgie et de pathologie chirurgicale à la Faculté.
UBERSAAL, D.-M.
SÉDILLOT, professeur à la Faculté et à l'hôpital militaire.
LANGLOIS, professeur à l'hôpital militaire.
SCOUTETTEN, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital militaire.
LEREBOULLET, professeur à la Faculté des sciences, D.-M.
TOURDES père, professeur à la Faculté.
HIRTZ, agrégé à la Faculté.
HELD, agrégé à la Faculté.
STROHL, agrégé à la Faculté.
BŒCKEL aîné, D.-M.
SCHŒFFER, D.-M.
LIBERMANN, D.-M.
ZEYZOLFF, D.-M.
CLAUSING, médecin cantonal.
GERHARD, D.-M.
SCHALLER, D.-M.
LAUTH, D.-M.
LAMBERT, D.-M.
JOYEUX, D.-M.

— M. L. BOYER, D.-M. à Longjumeau (Seine-et-Oise), nous prie de joindre son nom à ceux des signataires de la protestation.

Adhésions des médecins de l'arrondissement de Pau (Basses-Pyrénées).

—Les médecins et chirurgiens de l'arrondissement de Pau (Basses-Pyrénées), après avoir pris connaissance de la déclaration de principes rédigée par leurs confrères de Paris, et dont copie suit, déclarent adhérer complétement à toutes les dispositions contenues dans ladite déclaration de principes :

(*Suit le texte de la Déclaration.*)

BAILE, médecin en chef de l'hôpital, inspecteur des Eaux-Chaudes.
J. LOYSON, D.-M.-P.
CAZENAVE, M., directeur de l'asile des aliénés.
H.-M. HONNEAU, D.-M.-M., médecin des prisons.
MESPEC, D.-M.
BARRACQ, chirurgien.
L. DARAN, D.-M.-P.
S. JACOB, D.-M.-P.
PICAMILH, D.-M.-P.
IRIBARUE, D.-M.-P.
TERRIER, D.-M.-P.
ROUSSILLE, D.-M.-P.
MARCEL, chirurgien en chef de l'hospice.
F. DARAN, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes.
BERGERET, D.-M.-P.
ROUTILLE, médecin.
LABESSIN, chirurgien.
BIDOUREL, chirurgien
PÉDAUGÉ, chirurgien.
SUBERBIELLE, D.-M.
CHÉREAU, aide-major retraité.

Adhésions des médecins de Pontoise.

Pontoise, le 10 novembre 1843.

DESLIONS, D.-M.-P., médecin en chef de l'Hôtel-Dieu.
DAVID, D.-M.-P., chirurgien en chef.
BOREL, D.-M.-M., médecin adjoint.
PRESTAT, D.-M.-P., chirurgien-adjoint.
VIGIER, D.-M.-P., membre correspondant de l'Académie de médecine.
MIRAMOND, D.-M.-P.
PEYRON, D.-M.-P. à Marines.
BASTIDE, D.-M.-P. à Marines.
E. PRESTAT, D.-M.-P.

Adhésions des médecins de Tours.

Tours, ce 7 novembre 1843.

BRETONNEAU, ex-médecin de l'hôpital général de Tours, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.
F. LECLERC, médecin en chef de l'hôpital de Tours.
F. HERPIN fils, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours.
ANGLADA, D.-M.-P.
HULIN-ORIGET, président de la Société médicale d'Indre-et-Loire.
LECLERC père, D.-M.-P.
THURCELLUS, D.-M.-P.
H. ALLAIN-DUPRÉ, D.-M.-P.
OLLIVRY, D.-M.-P.
HAIME, D.-M.-P.
F. HERPIN, D.-M.-P.
AUGUSTE MILLET, D.-M.-P.
CHRAUDE, D.-M.
MORAND, médecin de l'hôpital général de Tours.
TONNELLÉ père, D.-M.-P.
H. CROZAT, D.-M.-P.
L. DESMOULINS, officier de santé.
R.-J.-J. BAUGÉ, D.-M.-P.
THOMAS, D.-M.-P.
MENOU, D.-M.

Adhésions des médecins d'Alençon.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, médecins et chirurgiens des hôpitaux et de l'asile départemental des aliénés de la ville d'Alençon (Orne), etc.

Déclarons adhérer pleinement et sans réserve aux principes suivants:

(*Suit le texte de la déclaration.*)

A. ROTUREAU, D.-M.-P.
A. CHEVALLIER, D.-M.-P.
CHAMBLAY, D.-M.-P.
CLÉRAMBAULT, D.-M.-P.
MARCHAND, D.-M.-P.
LETAILLINET, Dr.
L. LAVEILLE, Dr.
CANGRAIN, D.-M.-P.
LÉGER, D.-M.-P.
RENAUD, Dr.
L. BOISLAMBERT, Dr.
POULLAIN, Dr.

Adhésions des médecins de Mayenne.

Adhèrent à la déclaration, les soussignés docteurs en médecine à Mayenne.

GODEFROY.
GUYARD.
GONDAIS.
PONTHAULT.

— MM. les docteurs CAMBRAY, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Cambrai (Nord); MOREAU, à Saulieu, près Semur (Côte-d'Or), et NEUVILLE, à Bernay (Eure), nous prient de joindre leurs noms à ceux des signataires de la protestation.

— MM. les docteurs BISSEY et FAUCONNET, de Précy (Côte-d'Or), nous font aussi parvenir leur adhésion.

— Ont adhéré à la déclaration : MM. les docteurs G. DEBROU, ancien prosecteur de la Faculté; A. PEREIRA, professeur à l'Ecole préparatoire d'Orléans.

LÉON CAUCAL, Dr, à Saint-Germain-des-Bois (Saône-et-Loire).
KOREWA, D.-M.-P. à Longues (Seine-et-Oise).
JULES CAUCAL, Dr, chirurgien de l'hôpital civil de Louhans (Saône-et-Loire).

Adhésions des médecins d'Evreux.

Evreux, le 29 octobre 1843.

Les médecins et chirurgiens soussignés donnent une adhésion pleine et entière à la déclaration de principes.

C. Bougarel, D.-M.-P.
Fortin, D.-M.-P.
Riçhard, D.-M.-P.
S. Aport, D.-M.-P.
Malseur, D.-M.-P.
Patel, D.-M.-P.
Duhordel, D.-M.-P.
Baudry, D.-M.-P.

Alger, 30 octobre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

C'est par delà les mers que nous arrive la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France en faveur de la liberté de discussion en matière scientifique, et j'ai hâte de vous prier de joindre mon nom à ceux qui figurent sur la liste que vous avez publiée; trop heureux de trouver l'occasion de déclarer que, hors ces principes, la science serait à la merci de tous les charlatans.

Malle, chirurgien en chef de l'hôpital de Mustapha-Pacha, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Hagueneau, 1er novembre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

L'*inimaginable* procès intenté à la presse scientifique a fait bruit jusque dans ma petite garnison.

Veuillez m'ajouter, je vous prie, au nombre des signataires à la déclaration de principes formulée dans votre estimable Journal. Au milieu de si bonne compagnie, mon nom perdra de son obscurité.

J.-Poyer, D.-M.-P., ex-aide-major de la garde municipale, chirurgien-major du 3e lanciers.

—M. le docteur Od. Chevillion, de Vitry-le-Français, nous écrit également pour nous prier de faire connaître son adhésion à la déclaration.

— M. Poulain, D.-M. à Châteauneuf en Thimerais (Eure-et-Loir), adhère à la déclaration.

— Nous recevons également l'adhésion de M. le Dr Tenain, médecin en chef de l'hôpital Archange d'Orsay (Seine-et-Oise).

— La *Clinique de Marseille* nous apporte les adhésions suivantes :

Adhésions des médecins de Marseille.

Nous soussignés, docteurs en médecine des trois Facultés du royaume, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Marseille, professeurs à l'école préparatoire de cette ville, déclarons adhérer sans réserve aucune à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de Paris, publiée dans le dernier numéro de la *Clinique*.

Cauvière, professeur de clinique chirurgicale à l'école préparatoire.
Ducros aîné, professeur de clinique médicale.
Reymonet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.
Coste, professeur-adjoint.
Goze, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu.
Magnial, D.-M.-P.
Dor, D.-M.-P.
Girard, chirurgien, chef interne à l'hôpital de la Charité.
Seux, D.-M.-P.
Pardigon, D.-M.-P.
Fouillot, D.-M.-P.
Thomas, D.-M., ancien chef interne de l'Hôtel-Dieu.
Dencolens, D.-M.
Blanchard, D.-M.
Blaude de Blavy, D.-M.
J. Perrin, D.-M.-P.
G. Janselme, D.-M.-P.
Pélissot, rédacteur-gérant de la *Clinique*.

Adhésions des médecins d'Aix.

Aix, 15 novembre 1843.

GOYRAND, D.-M.-P.
ARNAUD.
GUIRAUD.
OMER.
SAVOURNIN.
GIRAUD.
VALÉRIAN.

Ont encore adhéré :

GUIBERT, médecin en chef de l'hôpital de la Ciotat.
JULES JANSELME, médecin dans la même ville.
TOURNON, médecin à Istres.
FABIEN PASTOUREL, médecin à Charges (Hautes-Alpes).
MEDYNSKI, D.-M. à Cassis.
LALANDE, D.-M. à Gémenos.

—M. REBOUL, D.-M.-P., à Neuve-Lyre, envoie son adhésion.

—Nous recevons également celle de M. FROMENT, chirurgien-major du 1er lanciers, à Compiègne; et de M. SCHWEIGER, docteur médecin à Laval (Mayenne).

Rignac (Aveyron), 17 novembre.

Adressent leur adhésion, MM.

AUZOUY, D.-M.-P., inspecteur des eaux minérales de Cransac, membre correspondant de l'Académie royale de médecine;
THÉODORE AUZOUY, D.-M.-P.
COLOMB, D.-M.-P.

Déclaration des internes des hôpitaux de Paris.

Paris, 6 novembre 1843.

Nous soussignés, internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris;

Convaincus de la nécessité de donner aux discussions scientifiques le plus de publicité possible;

Considérant que le contrôle de la presse médicale, exercé sans entraves, est le plus sûr garant de l'authenticité des faits annoncés, et l'obstacle le plus sérieux aux envahissements du charlatanisme;

Déclarons adhérer pleinement, pour le présent et pour l'avenir, à la récente manifestation de principes des médecins et chirurgiens de France.

HÔTEL-DIEU.—MM. C.-E. Figuières, Bailly, Champeaux, Fr. de Saint-Laurent, Guignard, C. de Puisaye, Ant. Imbert-Gourbeyre, J. Jarjavay, Ed. Gelez, Belin, Demarquay, Guérin, J. Hélot, Siméon Bornet, Désormeaux, Alp. Milcent.
CHARITÉ.—MM. Fiaux, Oulmont, Jamain, Veyne, Houel, Richet, Delpech, Guéneau de Mussy.
PITIÉ.—MM. Serré, Aubry, Laroche, Gaubric, Damoiseau, Cloquet, Bodinier, Dequevauvilliers, Clerc, Chayet.
CLINIQUES.—MM. J. Caron, F. Neucourt.
BEAUJON.—MM. Routier, Roulland, Lacanal, Vaussin, Lagout, Ferra.
SAINT-LOUIS.—MM. Roussel, Bourguignon, Bodart, Desruelles, Gougeon.
SAINT-ANTOINE.—MM. Déville, Mayor, Boucher, Sée, Bergeron.
HÔTEL-DIEU-ANNEXE.—MM. Chauffard, Bidault, Hérard.
NECKER.—MM. Salmon, Bonnefous, Tavignot, Peste.
ENFANTS MALADES.—MM. Bâcle, de Louzon, Dufresne, Bartoli.
MAISON DE SANTÉ.—MM. Cahen, Valude, Levavasseur.
COCHIN.—MM. Potier, Desayvre, Leroy.
LOURCINE.—MM. Faget, Gros.
HÔPITAL DU MIDI.—M. Bigot.
SALPÉTRIÈRE.—MM. Piégu, Decrosant, Tonné, M. Martin, Lafaurie, Marqueis, D'Acrebey.
BICÊTRE.—MM. Bernutz, Michard, Jousset, Thibault.

MM. DE CASTELNAU et COSSY, ont déjà signé comme membres de la Société médicale d'observation.

Déclaration de la presse médicale de Paris et des départements.

Nous, soussignés, rédacteurs en chef des journaux de médecine et de chirurgie de Paris, et rédacteurs de journaux consacrés aux sciences.

Vu la déclaration de principes ci-après, déjà signée par un grand nombre de notabilités médicales, et les circonstances qui l'ont nécessitée ;

Considérant que si la liberté de discussion est en effet le droit le plus sacré de la science, il importe principalement à la presse qu'elle n'en reçoive aucun dommage : et que sans la libre critique aucun journal sérieux ne pourrait exister ;

Déclarons adhérer pleinement, et sans réserve, au nom des journaux que nous rédigeons, à ladite déclaration, ainsi conçue :

(*Suit le texte de la déclaration.*)

Paris, ce 20 octobre 1843.

Pour la *Gazette des Hôpitaux,* FABRE, rédacteur en chef.
Pour les *Archives générales de Médecine,* RAIGE-DELORME, rédacteur principal.
Pour le *Bulletin de Thérapeutique,* MIQUEL, rédacteur en chef.
Pour les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, OLLIVIER (d'Angers), rédacteur principal.
Pour les *Annales médico-psychologiques,* CERISE, rédacteur principal.
Pour la *Clinique des Hôpitaux des Enfants,* VANIER (du Havre), rédacteur en chef.
Pour les *Annales de Thérapeutique et de Toxicologie,* ROGNETTA, rédacteur en chef.
Pour le *Journal des Découvertes en Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, etc., PLISSON, rédacteur en chef.
Pour les *Annales d'Obstétrique et des maladies des femmes et des enfants*, ANDRIEUX, de Brioude, et LUBANSKI, rédacteurs en chef.
Pour l'*Encyclographie médicale,* ALF. LARTIGUE, rédacteur en chef.
Pour le *Journal des Connaissances médicales*, TAVERNIER, l'un des rédacteurs-propriétaires.
Pour le *Journal de chimie médicale,* A. CHEVALLIER, l'un des rédacteurs.
Pour le *Journal de Médecine,* BEAU, rédacteur en chef.
Pour la *Revue des spécialités,* DUVAL, rédacteur en chef.
Pour la *Revue médico-chirurgicale* de la *Revue scientifique,* BEAUGRAND, D.-M.-P.
Je me joins à regret à mes confrères. GENEST, rédacteur de la partie médicale de la *Gazette médicale.*

MM. CAYOL, rédacteur en chef de la *Revue médicale*, et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, rédacteur en chef du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, ne sont pas à Paris.

Bordeaux, le 1er novembre 1843.

Monsieur et honoré confrère,

Il suffit d'appartenir à une publication scientifique pour rester convaincu de la nécessité d'adhérer aux principes de la *Déclaration* des médecins et chirurgiens de Paris en matière de presse.

La vérité ne luirait jamais, au grand détriment de la science et de l'humanité, si la liberté de discussion en matière scientifique n'était pas un droit sacré.

Les faits ne seraient plus la base des sciences s'il n'était pas permis d'en constater l'authenticité.

Tant pis pour celui qui aurait intérêt à altérer les faits, si en les ramenant à la vérité on le dépouille du prestige qu'auraient pu lui prêter ceux qui seraient reconnus faux.

J'adhère donc, avec la plus profonde conviction, à la déclaration de principes que vous avez publiée dans votre numéro du 19 octobre.

J'ai l'honneur, etc.

COSTE, D.-M., rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux.*

—Les adhésions que demande la Société de chirurgie de Paris ne lui manqueront pas, Marseille ne sera pas en retard ; nous nous en occupons activement, et nous pouvons dire d'avance que tous nos confrères se feront un devoir de donner une pleine et entière approbation à la déclaration de principes que nous venons d'exposer.

Nous regrettons vivement que les limites de notre publication ne nous permettent pas d'entrer aujourd'hui dans plus de détails sur ce procès et sur la discussion qui en a été le

motif, mais nous aurons plus d'une fois occasion d'y revenir. Nous dirons, en terminant, que, quoi qu'il advienne, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis) auront bien mérité de la science et de tous leurs confrères.

(*La Clinique de Marseille.*)

—M. Guérin a lancé une statistique incroyable ; des chirurgiens honorables ont voulu discuter les faits annoncés dans cette statistique, M. Guérin leur a répondu par un procès devant la police correctionnelle.

A ce propos est intervenue la déclaration suivante (suit le texte de la déclaration), signée par MM. Marjolin, Velpeau, Fouquier, Cruveilhier, etc., qui recevra l'approbation de tout le corps médical et à laquelle nous nous associons entièrement.

(*La Clinique de Montpellier.*)

— Dans son numéro du 15 novembre, la *Gazette médicale de Montpellier*, annonce qu'elle donne son assentiment à la déclaration, et elle ajoute :

« Nous ouvrons même au bureau de notre Journal une liste d'adhésion pour ceux de nos honorables confrères qui voudront la signer. »

VAILHÉ et CHRESTIEN.

Déclarations des Sociétés savantes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

La Société de Chirurgie de Paris, séant à l'Hôtel-de-Ville, le 18 octobre 1843, sous la présidence de M. Auguste Bérard;

Considérant :

Que son institution a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie ;

Que la libre discussion des faits est une condition indispensable à cet objet ;

Que le droit de libre discussion en matière chirurgicale a été mis en question dans un procès pendant devant les tribunaux, et que déjà une déclaration de principes, formulée à cet égard, a été signée par un grand nombre de médecins et de chirurgiens de Paris ; mais qu'il est digne de cette grande manifestation d'être corroborée par les adhésions des Sociétés savantes, et que la Société de chirurgie ne saurait mieux remplir le but de son institution qu'en provoquant elle-même ces adhésions dans tout le royaume, a délibéré et arrêté ce qui suit :

ART. 1er. La Société de chirurgie de Paris adopte, pleinement et sans réserve, la déclaration de principes ci-après, et invite toutes les Sociétés savantes de France à y donner leur adhésion.

ART. 2. A cet effet, un exemplaire de ladite déclaration sera adressé à toutes les Société savantes, avec une copie de la présente délibération.

ART. 3. Toutes les adhésions réunies seront imprimées en tête du premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, et les originaux déposés dans les archives de la Société.

Paris, ce 18 octobre 1843.

Le président : A. BÉRARD.
Le Secrétaire : G. MONOD.

Scellé du sceau de la Société avec cet exergue ; RÉALITÉ DANS LA SCIENCE, MORALITÉ DANS L'ART.

(*Suit le texte de la déclaration*).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Paris, 8 novembre 1843.

La Société anatomique de Paris, dans sa séance du 8 novembre 1843, par une déci-

sion prise à l'unanimité, a chargé les membres de son bureau d'adhérer en son nom à la déclaration de principes qui lui a été soumise par la Société de chirurgie de Paris.

CRUVEILHIER, président.
AMBROISE TARDIEU, Dr, vice-président.
H. GAUHIER, secrétaire.
J.-B. PIGNÉ, trésorier.
ALFRED CONTOUR, vice-secrétaire.
H. BOURDON, archiviste.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

A M. le secrétaire de la Société de Chirurgie.

Paris, 9 novembre 1843.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que la Société médicale d'Emulation de Paris, par décision du 8 novembre courant, adhère à la déclaration de principes que vous lui avez adressée, et qu'en conséquence elle vous autorise à insérer dans la liste des signatures celle des membres de son bureau :

CORNAC, président.
BRIÈRE DE BOISMONT, vice-président.
GILLETTE, secrétaire-général.
AMÉD. FORGET et CHEREST, secrétaires particuliers.

Pour copie conforme, GILLETTE, secrétaire général.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

A M. le président de la Société de Chirurgie.

Monsieur le président,

Conformément au désir qui nous a été exprimé par la Société de chirurgie de Paris, la Société médico-pratique de la même ville a délibéré sur la déclaration de principes et elle lui a donné son adhésion, que nous sommes chargés de vous transmettre.

Veuillez agréer, etc.,

H. THIRIAL, président.
LAGASQUIE, secrétaire général.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Paris, le 3 novembre 1843.

La Société de médecine du département de la Seine, séant à l'Hôtel-de-Ville, a décidé, dans sa séance du 3 novembre 1843, que le bureau adhérerait au nom de la Société à la déclaration de principes des médecins et des chirurgiens de France.

DEVILLE, président de la Société.
BOUVIER, vice-président.
BOYS DE LOURY, secrétaire annuel.
NONAT, secrétaire annuel.
PRUS, secrétaire général.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Paris, le 7 novembre 1843.

La Société médicale du Temple, dans sa séance du 7 novembre courant, a donné son adhésion à l'exposition de principes contenus dans la présente déclaration qui lui a été adressée par la Société de chirurgie de Paris.

(*Suit le texte de la déclaration*).

ALP. TOIRAC, D.-M.-P., président.
BELHOMME, vice-président.
EDOUARD LOUIS, D.-M.-P., secrétaire-général.
FÉLIX LEGROS, secrétaire.
BERTOT, trésorier.

—La *Société médicale d'observation de Paris* a également donné son adhésion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE.

La Société de médecine, chirurgie et pharmacie, dans sa séance du 2 novembre 1843, a délibéré qu'elle adhérait à la déclaration de principes ci-dessus, et ont signé :

LATOUR, Dr.
BESSIÈRES, Dr.
DUCLOS.
C. MAGNES.
G. CANY, Dr.
POPIS.
A. DASSIER.
CAUSERAND, pharmacien.
CAYREL père.
CAYREL fils.
AUG. LARREY.
FOURQUET.
BERNARD, vétérinaire.
MAGNE LEPÈRE.
ROQUE d'ORBCASTEL fils.
MONDOUÏ, archiviste.
DESBARREAUX BERNARD, président.
DUMANOIR, secrétaire général.

SOCIÉTÉ ROYALE D'ÉMULATION DU DÉPARTEMENT DE LA SOMME.

Abbeville, le 28 octobre 1843.

Le président de la Société royale d'Emulation à M. Monod, secrétaire de la Société de Chirurgie.

Monsieur,

J'ai communiqué à la Société royale d'Emulation, dans sa séance d'hier, votre circulaire du 19 octobre, concernant la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France. Après une délibération qui a été inscrite au procès-verbal de la séance, la Société a adhéré pleinement à ladite déclaration.

J. BOUCHER DE PERTHES, président de la Société royale d'émulation de la Somme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE.

La Rochelle, 30 octobre 1843.

A M. le secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.

La Société des sciences naturelles de la Charente-Inférieure, que vous avez invitée à émettre son opinion sur la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France sur la liberté de discussion en matière scientifique, annoncée par votre lettre du 19 de ce mois, s'empresse de déclarer qu'elle y adhère complétement.

Les membres constituant le bureau de la Société :

FLEURIAU DE BELLEVUE, président.
BLUTEL, vice-président.
C. d'ORBIGNY père, archiviste.
HUBERT.
FAURÉ, secrétaire.

SOCIÉTÉ PHILOMATIQUE DE VERDUN (MEUSE).

Conformément à la demande faite à la Société philomatique de Verdun-sur-Meuse par la Société de Chirurgie de Paris, de donner son adhésion à la déclaration de principes ci-dessus exprimés, la Société philomatique, réunie en séance le 2 novembre 1843, sans connaître la cause qui a provoqué ladite déclaration, juge néanmoins ces principes tellement incontestables que les révoquer en doute serait aussi absurde que de nier la lumière du soleil. En conséquence, elle ne peut que donner son assentiment à cette déclaration, ainsi que le désire la Société de chirurgie.

Pour extrait conforme au registre des délibérations,

Le secrétaire perpétuel, F. CLOUET.

CERCLE MÉDICAL DE LILLE.

A M. le secrétaire de la Société de chirurgie.

Lille, 8 novembre 1843.

Monsieur,

Dans sa séance générale du samedi 4 courant, le Cercle médical de Lille a reçu une communication de la déclaration de principes dont vous avez adressé un exemplaire à M. le président ; nous avons l'honneur de vous faire part que les membres de notre Société, au nombre de soixante, partagent les opinions professées par leurs collègues de la capitale, et se joignent à eux pour faire entendre leurs justes réclamations.

Agréez, etc.

Les membres de la commission administrative : Dourlen, D.-M.-P. H. Chatteleyn.
V. Meurcin, secrétaire. Boutillier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS.

Angers, 7 novembre 1843.

Dans sa séance du 6 novembre courant, la Société de médecine d'Angers, après avoir examiné et discuté la déclaration ci-contre des médecins et des chirurgiens de France, a formulé par un vote spécial son adhésion pleine et entière aux principes qui font l'objet de cette déclaration. Le bureau a reçu mission de signer au nom de la Société, dont tous les membres se trouvaient dans l'impossibilité d'apposer ici leur signature à bref délai.

Laroche, fils aîné, D.-M., président. Grille, vice-président.
Eugène Favier, D.-M.-P., secrétaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BOURGES.

Bourges, 8 novembre 1843.

La Société de médecine de Bourges adhère à la déclaration de principes des médecins et chirurgiens de France ; elle est convaincue que toute critique scientifique doit être permise dans l'intérêt même de la science.

Modier, président.
Guérin, Dr.
P. Cambournac.
Larippe, D.-M.-P.
Brunet, D.-M.-P.
Minier, Dr.
Ripart, Dr.
Lebal.
J. Cardoue, Dr.
Lhomme, Dr, secrétaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

La Société médicale du département d'Indre-et-Loire, à Messieurs les membres de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

Nous nous empressons de vous faire savoir que, dans sa séance ordinaire du 2 novembre 1843, la Société médicale du département d'Indre-et-Loire, déférant à votre invitation, a unanimement donné son adhésion aux principes formulés dans la déclaration rédigée et signée le 8 octobre dernier, par un grand nombre de médecins.

Nous avons l'honneur, etc.

Hulin-Origet, D.-M.-P., président. Anglada, D.-M.-P., secrétaire général.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

Le secrétaire général de la Société de médecine de Marseille, à M. Monod, secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que, dans la séance du 28 octobre 1843, la Société

royale de médecine de Marseille a délibéré que la déclaration de principes des médecins et des chirurgiens de France est juste et noble, et digne du corps des médecins. Elle a adhéré pleinement et sans réserve à tous les points de cette déclaration de principes, et suivant le désir manifesté par la Société de chirurgie de Paris, tous les membres résidants ont apposé leur signature au bas de la présente adhésion.

CHARGÉ, D.-M.-P., président.
P. DOR, secrétaire-général.
J. AUBERT, D.-M.-P.
SOLLIER, D.-M.
BEULLAC père, M.
B. FEUILLOT, D.-M.-P.
GASSIER, D.-M.
J. BEULLAC, D.-C.-P.
ROUX DE BRIGNOLLES, Dr.
P.-M. ROUX, D.-M.-M.
VLO, D.-M.-M.
LIEUTIER, D.-M.-P.
A. SICARD, D.-M.
FLORY, Dr.
SEUX, Dr.
THEUDORE BEULLAC, Dr.
GIRAUD SAINT-ROME père, D.-M.
GIRAUD SAINT-ROME fils, D.-M.-P.
REY, D.-M.-P.
A. GIRAUD, D.-M.-M.
D. H. MALLET, D.-M.-P.
TH. MOLLIN, médecin de la marine royale, D.-M.-M.
RAMPAL, D.-M.-P.
BEUIL, Dr.
BAILLY, D.-M.
DANIEL, D.-M.
MARTIN, D.-C.-M.
TRABUC, Dr.
DESPITZER, Dr.
GABRIELLI, D.-M.
A. MARSSEILLE, D.-M.
B. FÉRAUD, D.-M.-P.
TRÉMOLLIÈRE, Dr.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NÎMES.

La Société de médecine de Nîmes adhère aux principes de la liberté de discussion en matière scientifique. Les membres présents :

CAS. MARTIN.
L. CARCASSONNE, Dr.
FROMENT jeune, Dr.
PLEINDOUX père, Dr.
S. RAIZON, Dr.
S. RAIZON, Dr.
HÉRAUD, D.-M.-M., vice-président.
E. PLEINDOUX, Dr.
J. ALRIC, Dr.
FL. RECOLIN, D.-M.-M.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES.

La section de médecine de la Société royale académique de Nantes, dans sa séance du 8 novembre 1843, sous la présidence de M. Maisonneuve père,

Adopte pleinement et sans réserve, la déclaration de principes ci-après.

(*Suit le texte de la déclaration.*)

MAISONNEUVE père, D.-M., président.
MAISONNEUVE, D.-M.-P., secrétaire.
SALLION, vice-président.
LEGUERRÉ, D.-M.-P., secrétaire-adjoint.
PALOIS, D.-M.-P., ancien membre du jury de médecine du département.
GIGNARD. D.-M.-P.
MENARD, D.-M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA ROCHELLE.

La Rochelle, 4 novembre.

A M. le secrétaire de la Société de chirurgie.

Monsieur,

La déclaration de principes relative à la liberté de discussion en matière scientifique que vous nous avez adressée au nom de la Société de chirurgie, paraît à la Société médicale de la Rochelle contenir des principes si incontestables qu'elle est étonnée qu'ils

aient pu être mis en question. Elle proclame y adhérer pleinement et entièrement.

R. Casimir, président.
Sauvé, secrétaire.
Vanderbach, vice-président.
C. d'Orbigny père, archiviste.
Godelier.
Vivielle.
L. Gaudin.
Drouineau.
Deletant.
Mallet.
Brossard.
Bailluet.
Cormurais.
Meyer.
Hubert.
Ed. Romieux fils.

SOCIÉTÉ D'AGRICULTURE, SCIENCES ET BELLES-LETTRES DE ROCHEFORT.

Rochefort, le 5 novembre.

A M. le secrétaire de la Société de chirurgie.

Monsieur,

La Société, dans sa séance du 25 octobre 1843, sans s'occuper des questions particulières qui ont provoqué la déclaration de principes exprimés dans votre circulaire du 19 octobre 1843, a adhéré complétement à ces principes qui lui ont paru d'une évidence incontestable.

Le président de la Société,
Lefèvre.

Le secrétaire,
Magné.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ANGLO-PARISIENNE.

15 novembre 1843.

Dans une réunion extraordinaire du Conseil de la Société anglo-parisienne, la Société elle-même étant en vacances, il a été décidé ce qui suit:

Considérant que la science étant indépendante de toute distinction nationale, la Société est appelée à témoigner sa sympathie pour ses confrères français, et à revendiquer autant qu'il dépend d'elle des principes essentiels à l'existence de la médecine comme science.

Le Conseil, au nom de cette Société, a conclu à l'adoption de la déclaration de principes faite par la Société de chirurgie de Paris.

J.-F. Oliffe, président.
J.-F. Churchill, vice-président.
W. Davies, trésorier.
John Hoff.
John. Hannahan.
J.-B. Walker.

Le journal de *Chirurgie* paraît le 20 de chaque mois, par livraisons de 32 pages grand in-8° Prix de l'abonnement : 8 fr. par an; et 12 fr. pour recevoir en même temps le journal de *Médecine*.—On s'abonne à Paris, au Bureau du journal, chez Paul Dupont et Comp., rue de Grenelle-St-Honoré, n° 55.—Tous les mémoires, articles et réclamations relatifs à la rédaction, doivent être adressés, francs de port, à M. Malgaigne, rédacteur en chef, rue de l'Arbre-Sec, n° 22.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.

JOURNAL

DE CHIRURGIE.

Par M. MALGAIGNE.

DÉCEMBRE 1843.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire pratique sur le Cysticerque *(Cysticercus cellulosæ)*, *observé dans l'œil humain; avec quatre observations inédites de l'auteur;* par le docteur Sichel. (Premier article.)

Les observations d'entozoaires dans l'œil humain, bien que devenues plus fréquentes dans ces derniers temps, sont cependant restées encore assez rares pour que chaque nouveau fait présente un intérêt tout particulier et mérite d'être porté à la connaissance du public médical. Nous nous empressons donc de publier quatre cas de cysticerques trouvés dans l'œil humain, les seuls qui aient été observés en France. Nous ferons tout d'abord remarquer à cet égard que ces quatre faits ne se sont offerts à nous que depuis peu, après que nous n'en avions pas vu un seul jusqu'alors dans toutes les années précédentes d'une pratique spéciale longue et étendue. Cette circonstance peut encore servir à prouver combien il serait dangereux de vouloir faire de la statistique médicale dans des bornes étroites sous le rapport des années et du nombre des malades, ainsi que sous celui des localités.

Prenant pour base les faits qui nous sont propres, sans négliger ceux des auteurs, nous aborderons en détail l'histoire de ce curieux parasite observé dans l'œil humain. Toutefois, afin d'éviter des répétitions fastidieuses pour nos lecteurs, les faits qui ne nous appartiennent point personnellement ne seront reproduits avec détails que lorsque nos prédécesseurs ne les auront point connus ou les auront passés sous silence,

ou enfin ne les auront point rapportés complétement et exactement ; rarement nous nous permettrons une exception à cette règle.

Après ces quelques mots d'introduction indispensable, entrons immédiatement en matière.

I. — Généralités zoologiques.

Le Cysticerque (de κύστις, vessie, et κέρκος, queue), entozoaire de l'ordre des *cystoïdes* ou *cystiques* (*vers vésiculaires*), étant peu connu des médecins, il sera nécessaire, avant tout, d'en tracer une description claire et un peu détaillée, que nous ferons précéder des définitions, données par Rudolphi, du genre en général et de l'espèce *cysticerque du tissu cellulaire* (*Cysticercus cellulosæ*) en particulier.

Genre. — **Cysticercus.**—Vessie extérieure simple, contenant un seul individu, dont le corps un peu cylindrique ou déprimé se termine en une vésicule caudale. Tête (semblable à celle des ténias armés) pourvue de quatre suçoirs et d'un petit museau (*rostellum*, petit rostre) garni de crochets.

Espèce.—*Cysticercus cellulosæ* ; Rud.

Cysticerque à tête quadrangulaire; cou très court, s'élargissant à sa partie antérieure ; corps cylindrique assez long ; vessie caudale elliptique transversale.

Bremser ajoute à ces caractères : « Museau arrondi (*rostellum teres*) garni de crochets. » Il a omis, à raison, autant que je puis en juger, de parler de l'élargissement de la partie antérieure du cou.

Passons maintenant à une description plus détaillée de cet entozoaire, à l'aide de laquelle on pourra s'en faire une idée nette, et déterminer parfaitement si un ver vésiculaire extrait de l'œil de l'homme ou d'un animal est ou non un cysticerque de la celluleuse.

La plus grande masse de l'animal est formée par la vessie caudale, composée d'une membrane séreuse et de forme variable. Ovalaire ou ellipsoïde, selon Rudolphi et les dessins de Bremser ; assez régulièrement arrondie, au contraire, d'après ce que j'ai vu sur les individus extraits de l'œil humain ; elle est d'un volume plus ou moins considérable, ayant dans son plus grand diamètre de quatre à douze millimètres et même davantage. Sa forme et sa grandeur pourraient bien dépendre en grande partie de la structure des organes et de la disposition particulière des cavités dans lesquelles se développent ces parasites, ainsi que de la différente manière dont ils y sont attachés. Au moins, sur onze de ces entozoaires représentés par Bremser (*Vers intestinaux de l'homme*, Paris, 1824, pl. VIII, fig. 1), j'en vois dix plus ou moins ellipsoïdes, et de sept à quinze millimètres environ dans leur plus grand diamètre, tous plus ou moins placés dans le tissu cellulo-graisseux. Un seul, de quatre à cinq millimètres de diamètre, est régulièrement circulaire ; aussi semble-t-il avoir été primitivement logé dans les interstices des fibres musculaires mêmes. Peut-être est-il permis de supposer que l'animal, petit et rond dans le commencement, se développe librement dans tous les sens, lorsque la structure et la conformation des parties ambiantes n'y mettent point obstacle ; tandis que, entouré de tissus d'une inégale consistance et limité par cela même dans son accroissement dans une certaine direction, il s'étend davantage dans une autre. Par exemple, qu'il soit flottant librement dans la chambre antérieure de l'œil ou dans d'autres cavités, ou bien simplement recouvert par la conjonctive, membrane mince et également extensible en tous sens, il prend une forme plus ou moins sphérique ; tandis que, plongé primitivement dans la substance même des organes où le tissu cellulaire n'est ni également dense, ni également abondant sur tous les points, il peut s'allonger plus ou moins et prendre une figure ovalaire ou autrement irrégulière. C'est ainsi que, dans la chambre postérieure de l'œil, j'ai observé un de ces parasites d'une forme tout à fait anomale. Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à la capsule qui l'entoure. Ces idées qui sont la conséquence directe de ce que j'ai pu observer jusqu'ici sur le vivant sont confirmées par l'opinion de Bremser (pag. 293) : « *Tous les cysticerques se ressemblent surtout par la forme de la tête*

qui est constante; la forme de la vessie caudale n'est qu'accidentelle, par la raison que sa structure dépend, dans mon idée, de l'organe dans lequel le ver se développe.»

La vessie dont nous venons de parler, remplie d'une petite quantité de liquide limpide qui s'écoule quand elle est entamée, se compose d'une membrane séreuse très mince, semi-diaphane, blanc bleuâtre ou presque incolore; elle ressemble assez à un kyste hydatique, lorsque l'animal est en repos, sauf qu'elle montre à l'une de ses surfaces un petit disque blanchâtre et opaque sur lequel nous reviendrons plus tard. Lisse et sans rides, elle est continue, par un point quelconque de sa surface, avec l'extrémité postérieure du corps dont, selon Bremser, elle n'est en effet qu'un appendice. Le corps enfin forme une petite masse cylindrique ou allongée, d'une teinte blanc grisâtre, de deux à huit millimètres de long et de un à quatre millimètres de large. Il est opaque et sillonné de rides transversales. A sa partie antérieure il se prolonge en un cou très mince, recouvert d'un grand nombre de petites élévations semi-diaphanes et visibles seulement sous le microscope. L'extrémité antérieure du cou supporte la tête qui est irrégulièrement arrondie, presque quadrangulaire, entourée de quatre suçoirs, et terminée en avant par un petit museau conique et plus ou moins pointu. Les suçoirs, placés symétriquement au pourtour de la tête, représentent des disques circulaires élevés et munis au centre d'une plaque arrondie composée de points noirâtres, d'après les dessins de Bremser. Quant à moi, lors de mon dernier examen microscopique qui pourrait bien avoir été inexact par suite de mon manque d'habitude en ce genre de recherches, ils m'ont paru ellipsoïdes et lisses, presque de la couleur du corps, et enchâssés dans un anneau noir brunâtre mince. Le museau, placé au centre et à la partie antérieure de la tête, est entouré d'une double couronne de crochets recourbés, d'une teinte brunâtre foncée et d'une disposition assez irrégulière, mais très caractéristique. C'est, comme on voit, la tête qui offre la réunion des caractères les plus tranchés du cysticerque.

A l'état d'activité de l'animal, toutes les parties que nous venons de décrire sont visibles. Lorsqu'il est libre, il peut probablement, à l'aide de la couronne de crochets, se fixer aux parties desquelles il tire sa nourriture à l'aide de ses suçoirs. Il est toutefois plus rare de le trouver mobile dans les cavités et les liquides qu'elles contiennent, qu'attaché aux organes d'une manière permanente et par l'intermédiaire d'une espèce de capsule, pour nous servir de l'expression de Bremser, ou, d'après nos recherches, d'un véritable kyste fibreux qui l'enveloppe, kyste sur lequel nous aurons besoin d'entrer plus tard dans quelques détails.

A l'état de repos, selon Bremser, aussitôt que le ver se présente hors de cette capsule, la tête, le cou et le corps se rétractent d'avant en arrière vers la vessie caudale et rentrent successivement en eux-mêmes et les uns dans les autres d'abord, puis dans la cavité de la vessie, en se renversant de dehors en dedans, comme les tentacules d'un limaçon. Ce mouvement de rétraction commence par l'extrémité antérieure du ver, c'est-à-dire par la partie la plus saillante du museau; c'est aussi le museau qui, pour nous servir des paroles de Bremser, « *devenu le point le plus inférieur, sort le dernier lors de l'exsertion de ces parties.* » Revenues sur elles-mêmes, elles restent visibles à la face externe du kyste sous forme d'un disque opaque, irrégulièrement arrondi, d'un blanc sale, un peu crétacé; ou, comme dit Bremser, « d'*une tache blanche comme du lait, un peu dure au toucher.* » Ces parties, saillantes dans la cavité de la vessie caudale à leur état de contraction, ne sont pas autrement reconnaissables à l'œil nu ni même au microscope. Pour les voir, il faut ouvrir la vessie, la disséquer et l'enlever avec précaution, lambeau par lambeau, en tout ou en partie, et mettre à nu le corps, le cou et surtout la tête du parasite; ou bien faire sortir celui-ci de la cavité de l'ampoule séreuse. « *En pressant la vessie avec les doigts ou au moyen de l'instrument de Goeze dont je ne me suis jamais servi* (dit Bremser, pag. 282), *l'on peut forcer le corps, le cou et la tête à sortir de la vessie; mais, en employant ces moyens, on déchire toujours la vessie du cysticerque; car celui-ci, en se rétractant, prend une forme plus ou moins ovalaire, et les différentes parties de son corps occupent alors le diamètre transversal de la vessie.*

Pour éviter cet inconvénient, on fera mieux de mettre les vers extraits de leur capsule dans de l'eau tiède, et en tâchant d'entretenir ce liquide, pendant quelque temps, à la même température, il arrive alors que l'un ou l'autre de ces cysticerques fait sortir spontanément la tête et le cou. Un des vers représentés avait déjà le cou allongé; mais aussitôt que l'eau commença à se refroidir, il se rétracta. Les personnes qui ont la vue bonne, remarquent, même à l'œil nu, sur un individu complétement développé, la tête et le cou très court. »

Pour mon propre compte, sur les cysticerques que j'ai extrait de l'œil humain vivant, je n'ai réussi que par la dissection ci-dessus indiquée, en les plaçant sous quelques gouttes d'eau dans une plaque de verre munie d'une petite concavité. Le procédé de la pression, même à l'aide d'une lame de verre très mince, lorsqu'on ne possède qu'un seul individu dont l'identité bien constatée décide du diagnostic, me paraît trop dangereux, comme pouvant altérer la forme et structure d'une partie aussi délicate et en même temps aussi essentielle que la tête. Nul doute que des recherches nouvelles faites par un homme habitué aux dissections microscopiques trouveraient à ajouter et à corriger dans cette description. Toutefois, elle sera parfaitement suffisante pour faire comprendre la partie pratique de notre travail. Nous commençons par trois observations inédites de cysticerques logés sous la conjonctive oculaire humaine, observations qui nous sont propres et qui offriront d'autant plus d'intérêt que la science n'en possédait en tout que cinq autres, auxquelles nous ajouterons, comme on voit, un notable contingent.

II. — Observations inédites de cysticerques logés sous la conjonctive de l'œil humain, et extraits sur le vivant.

Obs. I. — *Cysticerque développé sous la conjonctive de l'œil gauche d'une enfant de sept ans, et extirpé avec succès.*

Céline D., âgée de 7 ans, d'une bonne constitution et parfaitement bien portante, se présente à ma clinique le 22 juin 1842. Elle n'a jamais reçu de coup sur les yeux, ni subi aucune autre lésion traumatique de ces organes ou de leur voisinage. Dans la partie externe de la conjonctive de l'œil gauche, à 4 millimètres (2 lignes) environ du bord de la cornée et dans le grand diamètre transversal du globe oculaire, elle porte une tumeur arrondie assez mobile, recouverte par la conjonctive qui est d'un rose pâle à la surface de la tumeur et d'un rouge plus foncé à sa base et à son pourtour. Le volume de la tumeur est celui d'un gros pois, c'est-à-dire, d'environ 5 millimètres (2 lignes et demie) de diamètre; elle a près de 3 millimètres (une ligne et demie) d'élévation. On ne connaît aucune cause qui ait pu la produire. Je déclare immédiatement que je regarde cette tumeur comme contenant très probablement un cysticerque; le même diagnostic est fait dans le même moment par les docteurs Desmarres, Baum de Dantzig (qui lui-même a publié une observation d'un cysticerque enlevé de dessous la conjonctive; voir la 2e section) et Spiess de Francfort-sur-le-Mein, présents ce jour-là à ma clinique. L'extirpation est faite immédiatement. Le globe oculaire est fixé en dehors par M. Desmarres à l'aide d'une pince à dents implantée dans un pli de la partie externe de la conjonctive; tandis que, saisissant cette membrane sur le côté interne de la tumeur avec une pince mousse, j'y pratique une incision à l'aide d'une paire de ciseaux courbés sur le plat; puis je la dissèque tout autour de la tumeur. Le kyste très dur n'est adhérent qu'à sa base; cette adhérence me force à renoncer à l'idée que j'avais d'abord de l'extraire avec un instrument mousse pour mieux ménager son contenu. Il est indispensable d'implanter dans sa surface une petite érigne, de tirer fortement, et de disséquer sa base qui est attachée par un tissu cellulaire dense et serré. Il s'écoule beaucoup de sang, ce qui, avec les mouvements de l'enfant, rend l'opération un peu plus laborieuse que je n'avais pensé d'abord, bien qu'elle ait été terminée assez vite.

Le kyste incisé présente une très grande dureté et une épaisseur très considérable de la membrane externe, ce qui nous fait abandonner à tous pour un moment notre pre-

mier diagnostic, et croire que nous avons affaire à un kyste fibreux ordinaire. Pressé par le temps à cause de plusieurs autres opérations qu'il me reste à faire le même jour, j'ai l'imprudence, après l'ablation de la tumeur, de me servir sans précaution des ciseaux pour en disséquer la membrane fibreuse externe très dense et très dure qui a près d'un millimètre d'épaisseur, et j'incise en même temps une seconde membrane très mince et très blanche, lisse, froncée, que je prends pour la membrane séreuse du kyste. La membrane fibreuse est un peu inégale à sa surface externe, recouverte dans un grand nombre de points de tissu cellulaire épaissi; sa couleur est d'une teinte gris-jaunâtre un peu rosé ; ce mélange de rose pâle tient probablement à du sang épanché dans le tissu cellulaire pendant l'opération ; car la tumeur, placée pendant quelque temps dans de l'eau, ne conserve aucune nuance rouge. Sa surface interne est lisse, blanche et séreuse.

Une pression douce fait sortir du kyste fibreux incisé une petite masse froncée d'un blanc lactescent très pur, formée par ce que j'avais pris pour la membrane séreuse du kyste. Placée dans de l'eau, cette membrane plissée très fine et semi-diaphane se déploie, et au milieu de ses plis nous reconnaissons une petite plaque irrégulièrement arrondie, opaque, d'un blanc beaucoup plus foncé et crayeux, faisant saillie dans l'intérieur de la cavité de la membrane, cavité qui est ouverte à peu près dans son plus grand diamètre et en face de l'éminence blanche. Cette circonstance nous fait revenir à notre premier diagnostic : ce que nous avons devant nous est évidemment la vésicule caudale du cysticerque que j'ai ouverte pendant la dissection; l'éminence ou petite papille blanchâtre placée à la surface interne de la membrane séreuse, en face de l'incision, n'est rien autre chose que la tête, le cou et le corps de l'animal retirés à l'intérieur de l'ampoule séreuse terminale. Nous portons immédiatement cette membrane séreuse à M. le docteur Donné, qui a la bonté de l'examiner sans délai avec nous à son cours, sous un bon microscope et en présence de ses auditeurs. Tous ont pu se convaincre que l'objet examiné était bien une vessie à parois minces et lisses, ouverte sur l'un de ses côtés, et présentant sur la partie opposée, à sa surface interne, une saillie offrant tous les caractères génériques du cysticerque, savoir: une tête entourée de plusieurs suçoirs arrondis, portant près de son museau pointu une couronne de crochets noirs, et se terminant dans un cou. Je regrette de n'avoir pas examiné avec exactitude les caractères spécifiques.

La plaie s'est guérie par suppuration, et par le rapprochement insensible des lambeaux de la conjonctive disséquée. Un bourgeon assez volumineux a été enlevé d'un coup de ciseaux courbés sur le plat, quinze jours environ après l'opération. Peu de jours plus tard les lèvres de la plaie se sont rapprochées, et la cicatrice, formée rapidement, est devenue presque linéaire.

Obs. II. — *Homme de 46 ans.—Cysticerque contenu dans un kyste sous-conjonctival d'un volume double de celui de la première observation et couvert en grande partie par la membrane semi-lunaire. Extirpation plus difficile; prompte guérison par rapprochement spontané des lèvres de la plaie de la conjonctive.*

M. J., brigadier de gendarmerie à Saint-Cloud, âgé de 46 ans, vient me consulter le 27 janvier 1843 pour une tumeur du grand angle de l'œil gauche. C'est un kyste arrondi, un peu plus large que haut et épais, de la forme et de la grandeur à peu près d'une fève de haricot, mais d'un diamètre vertical et antéro-postérieur un peu plus considérable. Ce kyste, recouvert par la conjonctive, rouge et un peu inégal à sa surface, assez mobile dans sa moitié externe, mais presque immobile dans sa partie interne, c'est-à-dire près du grand angle, est placé dans la direction du diamètre transversal de la sclérotique. Tout son tiers interne est caché sous la caroncule lacrymale et sous le repli semi-lunaire de la conjonctive, lequel, par suite de la tension et de la pression qu'il a éprouvées, est considérablement élargi et épaissi, sans paraître adhérent à la surface externe de la tumeur. Le malade pense que cette grosseur contient un corps étranger. L'analogie qu'elle présente avec celle que nous venons de décrire dans la première observation

me fait déclarer au contraire qu'elle doit contenir un cysticerque, bien qu'elle soit beaucoup plus volumineuse et qu'elle ait des parois beaucoup plus épaisses et plus bosselées. Cette tumeur n'existe que depuis quinze jours; elle s'est formée rapidement après l'application d'un cataplasme de farine de graines de lin. Elle gêne beaucoup pendant les mouvements de l'œil, surtout lorsque le malade regarde en dehors, c'est-à-dire à gauche. L'œil est très rouge depuis sept mois. Il y a quatre mois, un corps étranger, introduit entre les paupières, a beaucoup augmenté l'ophthalmie.

L'extirpation de ce kyste est faite le 30 janvier. Elle est difficile, parce que les deux tiers internes de sa base sont étroitement adhérents à la sclérotique. Aucun moyen n'est employé pour fixer le globe, le malade, très courageux et doué d'une grande force de volonté, tenant l'œil parfaitement bien dirigé en dehors. Une double érigne est implantée dans la paroi antérieure du kyste, après qu'il a été entièrement mis à nu par la dissection de la conjonctive qui le recouvre, et qui a été d'abord soulevée en pli transversal à l'aide d'une pince et incisée verticalement dans son milieu avec des ciseaux droits. L'opération a été terminée avec un petit scalpel convexe. L'érigne ayant lâché prise plusieurs fois, il en résulte une petite ouverture par laquelle la moitié du cysticerque sort en forme de vésicule transparente. Après avoir essayé en vain d'agrandir l'ouverture avec des ciseaux fins et de faire sortir l'entozoaire, afin de le garantir contre des lésions qui pourraient altérer ses caractères, je termine la dissection. La sclérotique est mise à nu dans toute l'étendue de la base du kyste; ce n'est qu'en dedans qu'elle reste couverte dans un très petit espace par un peu de tissu cellulaire épaissi et rouge. La membrane semi-lunaire et la caroncule lacrymale étant décollées dans une grande étendue, je ferme hermétiquement l'œil avec des bandelettes de taffetas agglutinatif, pour établir une légère compression à l'aide des paupières mêmes, après avoir préalablement fait faire des fomentations froides pendant une demi-heure. Ces fomentations seront reprises lorsque le malade sera arrivé à Saint-Cloud, et continuées jusqu'à demain.

La partie du cysticerque qui sort par la déchirure de la paroi antérieure du kyste appartient à sa moitié postérieure, c'est-à-dire à l'extrémité de sa vessie caudale, à travers laquelle on reconnaît très bien le corps et la tête de l'animal en forme d'une petite plaque d'un blanc de craie. En agrandissant avec précaution l'ouverture du kyste fibreux à l'aide de ciseaux oculaires très fins, je parviens à mettre à nu tout cet entozoaire; mais pour le faire sortir de la cavité qu'il occupe, il faut que je saisisse avec deux pinces les lèvres de la plaie du sac fibreux, et que j'arrache ses parois de la surface du cysticerque qui y est légèrement adhérent par la face externe de la moitié antérieure de sa vésicule. La surface interne du kyste est doublée d'une membrane séreuse fine, lisse et blanchâtre. Sa substance est fibreuse, épaisse d'un millimètre et demi, et dans plusieurs endroits de 2 millimètres et au delà; sa couleur est jaune pâle sale, mêlée d'une légère nuance rose avant son immersion dans l'eau, et sa surface externe tapissée d'une très large couche de tissu cellulaire épaissi et granulé, coloré par du sang qu'y ont épanché les petits vaisseaux venant de la conjonctive et coupés pendant l'opération.

Un examen microscopique superficiel, auquel la pièce anatomique est soumise le même jour par M. Donné et moi, fait parfaitement reconnaître la tête du cysticerque garnie, près du museau pointu, de son anneau de crochets noirs, et, un peu plus loin, à sa partie la plus large et arrondie, de ses suçoirs circulaires.

Le 31 janvier, lendemain de l'opération, le pli semi-lunaire, déjà beaucoup moins soulevé, s'est en partie soudé contre la sclérotique. Je ne réapplique point de bandelettes et fais continuer les fomentations froides. La tête du cysticerque, conservé dans de l'eau depuis hier et de nouveau soumis à l'examen microscopique par moi et mon aide, présente avec une grande netteté tous ses caractères génériques. Malheureusement j'avais négligé de plonger l'animal dans l'eau immédiatement après son extraction du kyste; la vessie terminale ouverte s'était ridée et contractée autour du corps, et je n'ai plus réussi à la déplisser suffisamment pour bien déterminer les caractères spécifiques, que je crois cependant avoir été ceux du *cysticercus cellulosæ*.

Le 6 février, le pli semi-lunaire est entièrement rattaché au globe, et la cicatrice de la conjonctive commence à attirer cette membrane vers elle en forme de plis rayonnants. La conjonctive du grand angle est encore d'un rouge foncé. Je conseille au malade d'exercer très fréquemment une forte abduction de l'œil.—(Collyre d'acétate de plomb cristallisé, 5 centigr. pour 10 grammes d'eau dist., en instillation 3 à 4 fois par jour. Continuer les fomentations froides).

Le 9 février, la cicatrice est linéaire et presque complète; autour d'elle la conjonctive est encore rouge. Les mouvements du globe ne sont point gênés. Le collyre a produit d'abord une forte douleur.—(Le mitiger avec partie égale d'eau distillée, ou, au besoin, en cesser entièrement l'usage. Continuer les fomentations. Quelques pédiluves irritants).

Le malade finit par supporter le collyre pur. La rougeur de la conjonctive autour de la cicatrice s'efface peu à peu et se dissipe complétement au bout de huit jours environ. Vers le 20 février la guérison est complète.

S'il m'arrivait encore d'avoir à faire l'extirpation d'une tumeur semblable, je me garderais d'implanter l'érigne à la surface antérieure du kyste où il semble toujours avoir le moins d'épaisseur. Je le disséquerais d'abord sur l'un de ses côtés, jusqu'à sa base et à sa surface postérieure, qui généralement est épaissie par un tissu cellulaire serré et condensé; après quoi je fixerais l'érigne dans cette surface postérieure aussi près que possible du centre, ou au moins dans la base ou dans la partie latérale du kyste, où l'augmentation de la densité commence déjà. Cela pourra servir à abréger l'opération et surtout à prévenir la rupture du kyste fibreux et la lésion de l'entozoaire qu'il contient, dont l'intégrité est nécessaire pour la détermination de l'espèce sur laquelle il y a eu quelque dissidence, comme nous verrons plus tard.

Obs. III. — *Cysticerque placé sous la conjonctive d'une enfant de 6 ans et demi, enveloppé d'un kyste fibreux dans sa moitié postérieure et presque séreux dans sa partie antérieure. Extirpation très difficile à cause des mouvements de l'enfant. Guérison prompte.*

M^lle^ Céleste B., âgée de six ans et demi, d'une constitution délicate et légèrement lymphatique, ayant les yeux gris bleuâtre, est amenée à ma clinique, le 3 octobre 1843, pour une affection de l'œil droit que sa mère a découverte il y a 15 jours seulement. Une tumeur arrondie se voit à la partie supérieure interne de la conjonctive, un peu au dessus du diamètre transversal du globe, à 3 millimètres du bord interne de la cornée, et entièrement cachée sous la paupière supérieure lorsque la petite malade regarde droit devant elle. Son bord interne, surtout en haut et en dedans, est caché sous la partie correspondante et un peu épaissie du pli semi-lunaire de la conjonctive. La tumeur est assez régulièrement arrondie, d'environ 7 millimètres de diamètre, d'un jaune grisâtre un peu rosé, entourée et traversée par quelques vaisseaux sanguins qui la parcourent de dedans en dehors et qui sont placés dans la conjonctive. Cette membrane est mobile sur la grosseur qu'elle recouvre. Celle-ci remue un peu pendant les mouvements des paupières; elle se déplace facilement dans une petite étendue et semble un peu transparente. La conjonctive palpébro-oculaire est légèrement injectée, probablement à cause d'un long cil renversé en dedans que j'extrais. Un peu au dessous du centre de la tumeur, on voit à travers la conjonctive une tache ronde d'un blanc jaunâtre que j'estime être la tête et le corps rétractés du cysticerque, et qui, au bout de quelques jours, devient moins apparente, la conjonctive qui recouvre la tumeur se vascularisant davantage. Avec la diminution de la vascularité elle redevient plus manifeste.

L'œil malade présente en outre une cicatrice légèrement creuse et assez étendue de la partie interne et inférieure de la cornée, s'avançant un peu en face de la partie inférieure interne de la pupille.

D'après ce résultat de l'exploration de l'œil malade, je déclare positivement que nous avons affaire à un cysticerque placé sous la conjonctive, dont la tête et le corps, rentrés dans la vessie caudale, forment le petit disque que l'on aperçoit au centre de la tumeur.

La circonstance que ce disque est visible à travers la conjonctive me fait présumer qu'ici il n'y a pas, comme dans les deux cas précédemment observés par moi, un kyste fibreux enveloppant l'animal et adhérant à la sclérotique. J'espère donc que le cysticerque sera facile à énucléer.

L'examen oral ne nous révèle qu'un petit nombre de circonstances commémoratives peu importantes. La petite malade digère mal, a fréquemment la fièvre, mais n'a jamais rendu de vers. Il y a trois mois elle a éprouvé une ophthalmie, beaucoup plus forte à droite, qui, d'après la description de la mère, paraît avoir été blennorrhagique, et dans le cours de laquelle s'est formée l'ulcération de la cornée dont nous avons parlé. Je prescris 30 grammes de manne, l'enfant étant actuellement constipée ; des fomentations d'eau froide et des pédiluves salés.

L'extraction de l'entozoaire logé sous la conjonctive est proposée et acceptée. Cette opération est pratiquée le 17 octobre, à ma clinique, en présence de M. Malgaigne et de plusieurs autres médecins. Avant d'y procéder, je fais de nouveau examiner la tumeur, et je rappelle mon diagnostic qui paraît un peu téméraire à M. Malgaigne et aux autres assistants. L'enfant, assise sur les genoux d'un aide qui la fixe le mieux possible, bien que maintenue par plusieurs personnes, oppose, par les mouvements vifs et étendus de la tête, de grands obstacles à l'opération qui est extrêmement difficile. Ces difficultés sont encore augmentées par l'abondance du sang qui s'écoule de la conjonctive injectée. Les paupières sont fixées par des élévateurs et des abaisseurs, et l'œil par une pince appliquée à la partie externe de la conjonctive. Placé derrière la malade et l'aide qui la tient, position incommode que je me garderai bien de prendre une autre fois, je soulève, au moyen d'une pince fine et mousse, un pli de la conjonctive sur la circonférence externe de la tumeur, et je l'incise verticalement à l'aide de ciseaux oculaires fins, courbés sur le tranchant ; puis je dissèque la conjonctive sur toute la surface de la tumeur. Immédiatement après, la tête et le cou du cysticerque viennent faire saillie au dessus de la surface antérieure sous forme d'un petit cylindre semi-transparent, ce qui me confirme dans mon opinion de l'absence d'un kyste fibreux. Mais à peine ai-je commencé à détacher la partie de la tumeur continue à la sclérotique que je suis détrompé d'une manière très fâcheuse, en trouvant un tissu épais, fibreux et fortement adhérent. Par précaution, j'avais chargé une personne de tenir un petit bocal à moitié plein d'eau tiède, pour recevoir l'animal, s'il s'échappait pendant l'opération, ce qui arriva en effet, lorsque, par suite d'un mouvement brusque et violent de la tête de l'enfant, le sang recouvrant toute la tumeur, un coup de ciseaux entama la partie latérale de sa surface antérieure très fine, transparente et presque séreuse, comme on a vu. L'animal s'échappa en roulant sous l'aspect d'un petit kyste séreux, semi-transparent, d'un blanc lactescent et du volume d'un petit grain de groseille, offrant à sa surface supérieure le disque crétacé caractéristique formé par le cou et la tête rétractés. Son peu de volume me sembla naturel, et non déterminé par une lésion qu'il aurait pu subir durant l'opération et par l'écoulement d'une partie du liquide contenu dans la vessie caudale. Examiné longtemps à l'œil nu par M. Malgaigne et les autres médecins présents, l'animal conserva sa forme sphérique un peu aplatie et plissée, sans qu'on pût toutefois apercevoir la moindre trace de lésion : il présentait tous les caractères d'un cysticerque. Lorsque plus tard, avant de le soumettre au microscope, j'en ouvris la vessie caudale d'un coup de ciseaux, il en sortit quelques gouttes d'un liquide séreux limpide. Le kyste fibreux vidé s'était en partie rétracté sous la conjonctive. Il fut très difficile à retrouver et à saisir, à cause du sang dont il s'était infiltré par imbibition pendant l'opération, ce qui le faisait ressembler à la conjonctive. Les adhérences de sa face postérieure n'étaient pas complétement détachées au moment où sa surface antérieure fut incisée. Je l'excisai d'un coup de ciseaux, mais il restait une grande partie de son feuillet postérieur. Des fomentations froides furent appliquées sur l'œil.

J'essayai de placer convenablement sous le microscope le cysticerque extrait de la tumeur ; mais ayant peu l'habitude de ce genre d'investigation, je voulus m'aider, comme

d'ordinaire, de l'expérience de MM. Donné et Mandl ; l'un fut empêché de se rendre à mon invitation par des occupations pressantes, et l'autre se trouvait absent de Paris ; je ne réussis donc que très tard à disséquer et à placer convenablement sous le microscope la tête et le cou de l'animal. Cependant chacun put alors voir avec une parfaite netteté les nombreuses petites taches élevées, transparentes et comme granulées du cou de l'animal, ainsi que la double couronne de crochets placée autour de sa bouche, entourée elle-même par les quatre suçoirs ovalaires et lisses. Ces caractères bien constatés ne laissèrent aucun doute dans l'esprit des personnes présentes.

La présence de la paroi postérieure du kyste que j'avais été forcé d'abandonner, ainsi que la distension de la conjonctive disséquée et infiltrée de sang, me faisait craindre une inflammation intense et une guérison lente. Heureusement l'événement démentit cette appréhension. La phlegmasie très peu violente diminua dès le quatrième jour par le seul usage des fomentations froides, d'un régime antiphlogistique, de limonade pour boisson, de bains de pieds et de quelques laxatifs doux ; elle se dissipa complétement au bout de huit jours. Un léger gonflement de la conjonctive, resté pendant quinze jours environ, disparut aussi complétement. La cicatrice de la cornée s'est consolidée sans aucune médication et sans perdre de sa transparence. Dans la partie de la conjonctive qui recouvrait autrefois la tumeur, on voit à peine une cicatrice. La digestion est parfaitement rétablie et la santé générale beaucoup meilleure qu'avant l'opération.

Mémoire sur le cystocèle vaginal ; *par* M. Malgaigne. (*Suite et fin.*)

De ce qui a été dit jusqu'à présent, il résulte déjà que, dans le plus grand nombre des cas, le cystocèle se produit lentement, sans que la femme en soit d'abord avertie, sans qu'elle puisse fixer l'instant de l'apparition ; voyons à présent, dans les cas où il y a une cause déterminante connue, comment se fait le développement de la tumeur.

Une seule fois alors j'ai vu la tumeur lente à se développer, ce qui s'explique par le genre de travail de la femme, occupée presque continuellement à transporter des baquets pleins d'eau. Dans tous les autres cas la tumeur apparut subitement, le plus communément avec des tiraillements aux aines et des douleurs de reins ; cependant quelques femmes n'accusèrent rien de semblable, soit par oubli, soit que réellement la tumeur n'eût déterminé aucun phénomène autre que la gêne locale résultant de l'écartement de la vulve. Deux fois il y eut un craquement perçu par les malades ; chez l'une, les accidents furent si légers qu'elle fut longtemps sans s'occuper de son mal ; chez l'autre, au contraire, il y eut des maux de cœur, de l'étouffement ; et, pour me servir de son expression, elle croyait qu'elle allait mourir. Le cystocèle produit par une chute sur le siége amena des douleurs de reins et d'estomac avec la sensation d'une boule hystérique ; enfin, chez une seule femme, l'apparition brusque d'un cystocèle simple s'accompagna d'une perte, à la vérité peu considérable.

Du reste, je dois ajouter ici que pour ces phénomènes primitifs j'étais obligé d'en appeler à la mémoire de ces femmes, et que je n'avais leurs cystocèles sous les yeux pour ainsi dire qu'à l'état chronique ; dans le seul cas où j'ai été appelé pour un prolapsus de ce genre, récemment et brusquement survenu, les choses se sont passées un peu différemment. Voici le fait :

En mars 1835, M^me^ D..., sage-femme, âgée de 45 ans, ayant eu plusieurs enfants, mais toujours forte et robuste, assistait une femme en travail ; et pour activer les douleurs, elle la faisait marcher par la chambre en la soutenant par dessous les bras, lorsque, dans un effort nécessité par cette manœuvre, elle sentit une tumeur descendre brusquement à la vulve, avec des tiraillements aux aines et des douleurs de reins. Elle continua cependant à assister la femme ; revint chez elle, et put encore retourner chez sa malade qui logeait à un quatrième étage ; mais, vers le soir, les douleurs devinrent si fortes qu'elle fut obligée de se coucher. La nuit fut sans sommeil, agitée par des souf-

frances excessives; aux tiraillements déjà signalés s'ajoutaient des envies d'uriner à chaque instant, et l'urine en passant sur la tumeur y déterminait une sensation de brûlure. La malade avait tenté de faire rentrer la tumeur ; mais celle-ci était ressortie; et à force d'être mouillée par l'urine, elle était devenue si douloureuse que le moindre contact excitait des contractions de tous les traits du visage, la malade résistant autant que possible au besoin de se plaindre et de crier.

Je la vis à dix heures du matin. Elle était couchée sur le dos, le pouls agité, mais sans fièvre ; l'urine d'un jaune rougeâtre, rendue en petite quantité et à chaque instant. Je sentis au toucher une tumeur qui dépassait la vulve comme la moitié d'un petit œuf de poule environ, parsemée de rides fortement dessinées et transversales, excessivement douloureuse au toucher et surtout à la pression; le doigt pouvait filer entre elle et la paroi postérieure du vagin ; en avant, au contraire, la tumeur et la paroi vaginale étaient en contact très serré ; le doigt sentait une résistance qui faisait présumer qu'il y avait un cul-de-sac très peu éloigné; mais la douleur occasionnée par l'effort pour pénétrer était telle que je ne voulus pas insister. D'ailleurs il ne pouvait rester de doute sur la nature de la tumeur, et le plus pressant était évidemment de la repousser dans le vagin.

J'y procédai avec le doigt index et le doigt médius de la main droite; la malade n'avait pas voulu se découvrir à la vue. Les premiers efforts de pression, bien que très modérés, causèrent des douleurs atroces ; je continuai donc très lentement, poussant un peu, puis me bornant à maintenir le peu de terrain que j'avais gagné. Il me fallut près d'une demi-heure pour faire totalement disparaître la tumeur ; elle était rentrée dans le vagin sans s'effacer, et ne s'affaissa que sous une compression prolongée ; mais enfin le but fut atteint, et il ne resta plus qu'à la maintenir.

Pour cela je pris une petite éponge que j'enveloppai d'une compresse taillée en croix de Malte pour faire moins de plis ; le tout fut imbibé d'huile ; et pendant ces préparatifs, la malade tenait les deux grandes lèvres rapprochées et enfoncées dans le vagin à l'aide des deux doigts index et médius de la main droite. Mon tampon étant prêt, je cherchai à l'introduire ; mais le frottement contre la paroi antérieure du vagin, irritée par l'urine, était douloureux; la malade se chargea de cette introduction, qu'elle opéra très bien et avec moins de douleur que je ne lui en faisais moi-même. L'éponge étant dans le vagin, les bouts de la croix de Malte à la vulve , je mis quelques fines compresses par dessus; puis je refermai les grandes lèvres que je soutins avec des compresses plus épaisses, et le tout fut maintenu par un mouchoir en cravate attaché en manière de chauffoir. Puis je fis mettre la malade sur le dos, le bassin soulevé par un oreiller, et on dut arroser les compresses et le tampon avec une solution très concentrée de sulfate de zinc.

Les tiraillements des aines et des lombes persistèrent une partie de la journée, mais moins forts, et seulement par intervalles. Le besoin d'uriner était vif ; l'urine en sortant causait des douleurs brûlantes, et la solution de sulfate de zinc en déterminait de semblables. Deux jours après, la malade ôta le tampon sans m'en rien dire ; le 3e jour elle se leva sur son séant ; le 4e elle fit quelques tours par la chambre ; mais quelques tiraillements l'ayant avertie de son imprudence, elle garda le lit encore quelques jours, après lesquels elle se leva sans autre précaution et se trouva guérie.

Elle me conta que 18 ou 20 ans auparavant elle avait eu une descente en tout semblable, avec les mêmes douleurs et une aussi courte durée ; depuis elle ne s'en était jamais ressentie, malgré des couches réitérées. Huit ans se sont passés depuis la récidive et la deuxième guérison , et le cystocèle n'a pas reparu. Mme D.... porte à la ligne blanche au dessous de l'ombilic une petite hernie qui est assez sujette à se gonfler, et que l'on réduit cependant sans beaucoup de difficulté.

J'ai rapporté ce fait avec tous ses détails, parce que je n'en connais pas de semblables dans la science ; et moi-même je n'ai pas observé depuis des douleurs si intenses ni une telle résistance de la tumeur. Je répète que le diagnostic ne pouvait laisser aucun doute ; le col utérin était à sa place ; et la tumeur, nettement circonscrite par en haut,

repoussait l'idée d'une hernie intestinale entre la vessie et le vagin. Il n'existe pas non plus, que je sache, d'autre exemple d'une guérison ausi prompte et aussi persistante. J'ai bien vu, chez une plâtrière de Montmartre, âgée de 33 ans, un cysto-rectocèle survenu à sept mois de grossesse qui disparut après les couches, mais pour revenir quelques mois après. J'ai vu aussi une blanchisseuse qui avait eu une tumeur du même genre à sa deuxième couche, disparue pendant quelques années, mais revenue à la sixième couche pour ne plus disparaître. Enfin, j'ai rapporté dans mon *Mémoire sur le rectocèle vaginal* l'observation d'un rectocèle récent disparu en quelques jours; mais je n'ai pu m'assurer si la guérison avait persisté.

Je reviens maintenant à la symptomatologie du cystocèle, lorsqu'il existe depuis un temps plus ou moins long.

Le premier phénomène, et sans aucun doute le plus important à étudier, est la tumeur même qui constitue le prolapsus. En général, le cystocèle se révèle aux malades par la sensation d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve; et si on les examine debout, les cuisses écartées, surtout en recommandant de pousser un peu, on voit proéminer entre les grandes lèvres une tumeur rougeâtre, sphéroïde ou ovoïde, humide à sa surface qui a l'aspect d'une muqueuse, remplissant et dilatant l'orifice du vagin, refoulant les petites lèvres sur les côtés, et soulevant l'urètre et le clitoris. Elle est parsemée de plis transversaux, plus marqués à sa partie antérieure, et qui tendent à disparaître à un certain degré de développement. Au toucher elle est molle, peu élastique, cédant à la moindre pression, facile en conséquence à réduire. Tantôt elle comprend plus spécialement la portion de la paroi vaginale qui répond au col de la vessie et même à l'urètre; toujours cependant l'orifice de l'urètre garde sa direction normale, et la tumeur ne commence qu'à 2 ou 3 millimètres en arrière. D'autres fois l'urètre demeure en place tout entier; c'est la portion moyenne de la vessie qui se déplace. Dans tous ces cas, le doigt porté dans le vagin et longeant sa paroi antérieure arrive au cul-de-sac qui sépare la vessie du col utérin, et retrouve ce col faisant sa saillie accoutumée. Il est beaucoup plus rare de voir la tumeur entraîner d'abord la partie supérieure de la vessie, de telle sorte que le cul-de-sac indiqué soit entièrement effacé, et que la lèvre antérieure du museau de tanche se confonde avec la muqueuse qui recouvre la tumeur. Je n'ai vu cela qu'une seule fois, chez une femme de 45 ans qui portait en même temps un rectocèle; le cystocèle était du volume d'un œuf, et l'utérus, loin d'avoir été entraîné par la tumeur, se trouvait même à une hauteur peu ordinaire. Je n'entends parler ici que du cystocèle simple; les complications seront étudiées plus tard.

La tumeur est fort loin d'avoir toujours le même volume. Généralement elle atteint au moins la grosseur d'un œuf de pigeon, sans dépasser celle d'un œuf de poule. J'en ai vu une qui sortait au dehors, sans aucun effort préalable, du volume du poing, lorsque la femme ôtait son pessaire. Deux malades m'ont dit que leur cystocèle, habituellement fort léger, devenait aussi gros que le poing dans certaines circonstances. Une autre femme m'a même affirmé que sa tumeur descendait quelquefois à *sept pouces* au dessous de la vulve; elle ne portait cependant qu'un cystocèle simple. Ici l'exagération est trop évidente. D'un autre côté, on rencontre des cystocèles d'un fort petit volume, et auxquels on ne ferait pas attention, s'ils ne déterminaient des inconvénients tout pareils à ceux des tumeurs plus considérables. J'en ai vu plusieurs qui semblaient limités à l'urètre et tout au plus au col de la vessie, et qui se montraient comme une saillie vermiculaire de la ligne médiane de la paroi vaginale antérieure.

On voit déjà, par ce qui vient d'être dit, que, suivant les circonstances, le cystocèle offre plus ou moins de volume. A la vérité, cela se pourrait dire de toutes les hernies, et il est assez rare qu'une hernie ne semble pas augmenter par un effort de toux. De même, si volumineux que paraisse un cystocèle, on lui donnera certainement plus d'ampleur et de tension en faisant tousser ou moucher la malade. Mais ce n'est pas de cette augmentation légère que je veux parler; un fait bien autrement digne d'attention est

celui-ci, savoir : qu'un cystocèle, examiné dans un moment de repos, offrira un volume très restreint et que ni la toux ni d'autres efforts ne pourront beaucoup accroître, qui cependant, sous l'influence de certaines circonstances, se montrera avec un accroissement démesuré.

Une femme de 35 ans avait eu un cystocèle à 30 ans, quelques jours après sa troisième couche. Depuis lors elle était encore accouchée une quatrième fois, et n'avait rien opposé aux progrès de son cystocèle, qui finit cependant par l'inquiéter. Lorsqu'elle vint se faire examiner, je ne trouvai que cette petite saillie vermiculaire sous-urétrale que j'ai mentionnée tout à l'heure ; et tous les efforts possibles ne purent accroître ce déplacement si léger. Cependant, lorsque la femme faisait de longues courses, quand elle avait marché une heure et demie, par exemple, la tumeur sortait avec le volume d'un œuf de poule ; et alors arrivaient des tiraillements du ventre et des besoins très fréquents d'uriner, qu'elle n'apaisait qu'en faisant rentrer la tumeur ; la réduction était facilement obtenue à l'aide de lotions d'eau froide. Dans son état habituel, avec cette saillie si légère de la paroi vaginale antérieure, elle avait bien des envies assez fréquentes d'uriner ; mais elle pouvait y résister et n'y céder que quatre fois par jour. La nuit elle éprouvait un autre phénomène fort bizarre : c'était, avec le besoin d'uriner, une difficulté d'y satisfaire qui demandait quelquefois jusqu'à cinq minutes d'efforts.

Une autre femme, âgée de 50 ans, portait depuis trois mois seulement un cystocèle du volume d'un œuf de pigeon. Mais de temps à autre, particulièrement lorsqu'elle portait de lourdes charges, il sortait tout à coup du volume du poing, avec des maux de cœur et des douleurs très vives. Lorsque le cystocèle reprenait son volume habituel, elle n'éprouvait plus de douleur d'aucune sorte, ni d'autre incommodité que d'être obligée d'uriner à tout moment.

J'ai vu enfin une autre femme, âgée de 56 ans, qui, depuis quatre ans, nous dit être atteinte d'un prolapsus par le vagin pour lequel elle venait réclamer un pessaire. Ce prolapsus se reproduisait de temps à autre dans la journée ; depuis 15 jours, disait la femme, il avait même notablement augmenté et était arrivé au volume du poing ; les accidents étaient bien ceux d'un cystocèle ; toutefois, lors de l'examen, il nous fut impossible d'en constater le moindre vestige, et le diagnostic dut rester incertain.

Dans les hernies proprement dites, il y a cependant quelques variétés qui offrent une intermittence analogue. J'ai été consulté par une femme de la Normandie qui disait avoir au pli de l'aine droite une hernie du volume d'une grosse noix. Son médecin avait vu la tumeur ; cependant M. Marjolin, consulté avant moi, ne trouva pas la moindre trace de hernie, et moi-même je ne pus découvrir qu'une très petite pointe dans le canal. Les hernies des enfants présentent beaucoup plus fréquemment ce phénomène ; et nombre de fois j'ai vu et j'ai montré dans mes cours de ces hernies inguinales dites congéniales, qui remplissent tout un côté du scrotum, qu'on réduit, et qui une fois réduites ne veulent plus reparaître, défiant tous les efforts du chirurgien. Mais cela s'explique par l'étroitesse ou par l'obliquité de l'orifice qui leur livre passage ; tandis que, pour le cystocèle, l'explication m'échappe absolument.

Du reste, comme les hernies ordinaires, le cystocèle diminue ou même disparaît dans le décubitus dorsal, reparaît dans la station debout, augmente durant la marche et les efforts, et surtout quand la malade va à la selle. Quelques malades se plaignent que la tumeur s'accroît après chaque repas ; une autre m'a dit qu'elle augmentait particulièrement toutes les fois qu'il lui arrivait de manger des pommes de terre, des choux ou des haricots ; ce qui est assez commun, comme on sait, pour les hernies.

Parmi les conséquences d'un pareil déplacement, il faut compter d'abord le changement de direction de l'urètre, qui, au lieu de se diriger en arrière et en haut, tend à devenir horizontal et même à s'incliner en arrière et en bas. Mais ce changement est loin d'être constant, et ne se remarque guère que dans les cystocèles énormes et accompagnés de chute de matrice.

Il semblerait aussi au premier abord que la tumeur formée par la vessie dût augmenter de volume par l'accumulation de l'urine, diminuer par l'expulsion; et, en effet, cela est très marqué chez quelques malades. Mais il s'en faut de beaucoup que ce soit là la règle, et l'étude des troubles apportés dans les fonctions urinaires n'est pas la partie la moins curieuse de l'histoire du cystocèle.

Dans son mémoire déjà cité, M. Jobert note que, *chez presque tous les malades, le col vésical est déplacé au point que l'excrétion des urines est difficile ou impossible ;* et une comparaison superficielle verrait là une contradiction inexplicable avec ce que nous allons décrire. Il importe donc de rappeler que, dans l'opinion de M. Jobert, *cette espèce de cystocèle est toujours accompagnée de chute de la matrice.* On verra tout à l'heure que quand cette complication existe, la symptomatologie de l'habile chirurgien de Saint-Louis est en effet fort exacte; mais elle ne convient nullement au cystocèle simple dont nous avons d'abord à nous occuper.

Celui-ci a en effet pour symptôme très remarquable et presque constant, le fréquent renouvellement du besoin d'uriner, sans aucune difficulté d'y satisfaire. Chez quelques femmes, ce besoin revient si souvent qu'on aurait peine à le croire; j'en ai vu qui, obligées d'attendre leur tour une demi-heure pour avoir un pessaire, sortaient trois ou quatre fois dans cet espace de temps. Une fille de 48 ans, qui portait depuis trois mois un très petit cystocèle, disait que dans l'origine elle urinait au moins 75 fois par jour; plus tard des cautérisations pratiquées pour des ulcérations du col utérin avaient notablement diminué le nombre de ces envies; mais elle était encore obligée de se relever 3 à 4 fois la nuit. Chez une femme de 50 ans qui portait sa tumeur depuis 11 ans, les choses avaient suivi une marche inverse; dans les commencements, à peine ressentait-elle quelque incommodité; puis peu à peu les envies d'uriner se prononcèrent; quand je la vis, elle urinait de 25 à 30 fois par jour, et déclarait que si elle ne se retenait pas, elle urinerait toutes les cinq minutes. Il en est donc qui ont de ces envies qu'elles peuvent réprimer; il en est d'autres qui ne pourraient y résister sans risquer de pisser dans leur chemise. Rien de plus inégal d'ailleurs que ce phénomène. A côté des exemples que je viens de citer, j'ai vu des femmes qui urinaient seulement 4 ou 5 fois par jour et 2 ou 3 fois la nuit. Mais, je le répète, la fréquence du besoin et la facilité d'uriner sont les phénomènes habituels du cystocèle.

Il y a cependant des exceptions, et qui méritent d'autant mieux d'être notées, que les investigations les plus attentives n'ont pu m'en révéler la cause. Ces exceptions sont de plusieurs sortes.

J'ai déjà rappelé l'histoire de cette femme qui urinait facilement pendant le jour, et qui la nuit éprouvait une véritable difficulté. — Première anomalie dont je n'ai pas rencontré d'autre exemple.

Une femme, âgée de 58 ans, avec un cystocèle du volume ordinaire d'un œuf, avait de fréquents besoins d'uriner et ne pouvait les satisfaire qu'avec beaucoup de difficulté, aussi bien de jour que de nuit. Une autre, âgée de 34 ans, portant à la fois un cystocèle et un rectocèle, éprouvait non-seulement des difficultés, mais de la douleur, lorsqu'elle voulait céder à ses fréquents besoins ; son cystocèle avait le même volume que le précédent.—Deuxième anomalie.

J'ai vu deux cas d'un autre genre. Une vieille femme de 73 ans portait depuis 10 ans un cystocèle qui avait peu à peu acquis le volume d'un œuf. Elle le négligea d'abord ; mais les envies d'uriner devinrent enfin si fréquentes qu'elle se fit mettre un pessaire en gimblette. Ce pessaire ne retenait qu'à demi la tumeur ; et quand il était placé, les besoins d'uriner étaient fréquents et faciles à satisfaire. Le pessaire ôté, l'expulsion des urines était difficile. A côté de cette malade peut se placer une femme de 56 ans qui n'avait jamais eu de pessaire, et qui ne pouvait uriner qu'en faisant rentrer son cystocèle avec la main.—Troisième anomalie.

En voici une quatrième beaucoup plus étrange, et dans laquelle même on pourrait en compter deux. Deux femmes, qui se présentèrent au bureau central en juin 1840,

n'éprouvaient pas plus de besoins que de coutume, et en général urinaient sans difficulté. Mais l'une était obligée de s'accroupir, attendu que, debout, le jet d'urine se dirigeait en avant contre la chemise; l'autre au contraire ne pouvait uriner ni couchée ni accroupie, et était obligée de se tenir debout. Le cystocèle dans ces deux cas dépassait un peu le volume d'un œuf ordinaire; il diminuait d'ailleurs au fur et à mesure de l'expulsion de l'urine.

Enfin j'ai vu trois cas dans lesquels le besoin d'uriner était resté aussi rare qu'auparavant, mais ne pouvait se satisfaire sans difficulté. Dans l'un de ces cas la tumeur n'avait qu'une grosseur ordinaire; dans les deux autres elle atteignait le volume du poing.

Ce sont là toutes les exceptions que j'ai rencontrées à la loi générale, et, je le répète, j'ai vainement cherché à m'en rendre compte. Ni la portion de la vessie déplacée, ni le volume de la tumeur, ni son ancienneté, ni l'âge des malades ne m'ont donné de lumières suffisantes. Pour la femme qui pissait contre sa chemise, on peut bien soupçonner une déviation plus forte de l'urètre; mais je dois confesser que cette déviation ne m'a point paru plus considérable que chez d'autres femmes urinant à l'ordinaire. La seule induction qui ait quelque légitimité, c'est que le cystocèle atteignant au volume du poing ne s'accompagne plus de ces fréquentes envies d'uriner, et au contraire rend l'expulsion difficile; mais comment concilier avec la règle ainsi posée le cas de cette femme dont le cystocèle descendait quelquefois à 7 pouces, d'après son dire, et qui cependant était tellement tourmentée du besoin d'uriner qu'elle pissait à chaque instant dans ses bas, dans sa chemise, sans avoir le temps de choisir une place pour s'accroupir?

Cependant je ne dois pas omettre un rapport frappant qui existe entre le cystocèle simple, mais arrivé à un grand volume, et le cystocèle compliqué de chute de matrice, que j'appellerais volontiers *métro-cystocèle*, et dans lequel la précipitation de l'utérus a généralement entraîné très bas la vessie. Dans l'étude que nous venons de faire des dérangements des fonctions vésicales, j'ai fait entrer indifféremment les cystocèles simples ou compliqués de rectocèle, parce que ce dernier prolapsus n'exerce sur la vessie aucune influence. Mais j'en ai soigneusement séparé les cystocèles avec chute de matrice, qui étaient au nombre de 8, et sur lesquels il est utile de dire quelques mots.

Cinq de ces cas pouvaient être considérés comme légers, le col utérin se trouvant encore dans le vagin ou du moins ne dépassant pas la vulve. Chez quatre malades les urines étaient librement et facilement rendues; la cinquième, qui portait à la fois un cystocèle gros comme un œuf, un rectocèle du volume d'une noix, et une chute de matrice arrêtée à 3 centimètres au dessus de la vulve, souffrait beaucoup au contraire de la difficulté d'uriner.

Dans les trois derniers cas, la précipitation était énorme; une seule fois le rectum s'y trouvait compris. La femme qui portait ce triple prolapsus l'avait eu à 35 ans, à la suite de sa quatrième couche; elle n'urinait que difficilement, par petites gouttes, et en quelque sorte par regorgement; les selles étaient également difficiles. Une seconde, bien que sans rectocèle, avait aussi beaucoup de peine à expulser, soit les urines, soit les matiàres fécales; mais la troisième urinait sans difficulté. Ces observations se rapportent, comme on le voit, à celles de M. Jobert; mais il reste toujours à chercher la raison de cette singulière immunité de certaines malades, dont la vessie conserve ses fonctions libres dans le prolapsus le plus prononcé.

Les autres symptômes locaux sont moins importants, et ont aussi beaucoup moins de valeur. Quelques femmes éprouvent des cuissons en urinant, mais c'est le plus petit nombre. Quand la tumeur dépasse de beaucoup la vulve, elle s'irrite au frottement des cuisses; cela est également très rare. Je n'ai vu que trois fois des flueurs blanches qu'on pût rapporter au prolapsus; encore dans un cas il avait duré onze ans sans en déterminer. Mais dans un autre, les flueurs blanches, datant de la même époque que le cystocèle, étaient continuelles; et, dans un dernier cas tout semblable, l'application d'un pessaire les avait notablement diminuées.

Restent enfin les phénomènes éloignés, qui sont d'une inconstance remarquable. Quelques malades n'en présentent aucun; d'autres accusent des coliques, des tiraillements qui répondent à l'estomac, aux aines, et plus particulièrement aux reins; de la faiblesse pour marcher ou faire des efforts. J'ai vu une jeune femme qui était obligée de se courber en avant pour échapper à la douleur; et plusieurs qui ne pouvaient marcher sans que la tumeur fût soutenue. Mais cela n'est jamais si prononcé que lorsqu'au cystocèle se joint quelque dérangement de l'utérus.

Telle est, aussi exacte et complète que mes observations m'ont permis de la faire, la description du cystocèle vaginal. Cherchons maintenant à en assurer le diagnostic, en disant avec quelles affections on pourrait la confondre.

Que des médecins purs, s'en fiant aux premiers dires d'une malade, et dédaignant de voir et de toucher, aient pris quelquefois le cystocèle pour une leucorrhée, pour une maladie de l'utérus; que des bandagistes, regardant et touchant au hasard, l'aient confondu avec la chute de matrice, ou même y aient découvert une *loupe* du vagin; bien que j'aie constaté plus d'une fois ces méprises, je ne pense pas néanmoins qu'il soit nécessaire d'insister beaucoup sur les moyens de les éviter. La tumeur n'offre rien qui ressemble au col utérin; et quand l'utérus est descendu en même temps que la vessie, celle-ci forme toujours en avant une proéminence à part, et que ses rapports avec l'urètre rendent trop facile à reconnaître. Les kystes séreux du vagin sont plus durs, n'augmentent point par les efforts, ne s'affaissent point sous la pression, et enfin n'ont aucune influence sur les fonctions vésicales. Et, au besoin, l'introduction de la sonde dans la vessie et du doigt dans le vagin lèverait toute espèce de doute.

Mais il y a des erreurs plus graves, qui ont été commises par les plus habiles praticiens, et contre lesquelles on ne saurait trop se tenir en garde. Une femme accuse des incommodités qui éveillent l'attention sur l'utérus et ses dépendances; d'après la méthode ordinaire, on l'explore à la fois par la vue, le toucher et le spéculum; mais, pour favoriser ces explorations, on commence par coucher la malade; et alors la tumeur diminue assez pour échapper à des yeux préoccupés. Si nous faisions coucher avant tout examen les sujets qui portent des hernies réductibles, combien de ces hernies dont l'existence ne serait même pas soupçonnée! Il en est ainsi du cystocèle, et j'ai vu des femmes soumises pendant des mois et des années entières à un régime et à un traitement fort sévères, pour un prolapsus de la vessie qui ne réclamait qu'un appareil de contention.

Je dis donc qu'il y a un point essentiel à changer dans l'exploration des organes génitaux de la femme; il faut la toucher dans le décubitus si l'on veut, mais encore et surtout debout, en la faisant pousser, tousser, se moucher; il faut regarder ce qui se passe entre les grandes lèvres et à l'orifice du vagin; enfin, et avant tout, il faut s'assurer immédiatement, par un examen approfondi, de la nature des symptômes qu'elles éprouvent, afin de diriger immédiatement les investigations là où elles doivent porter.

Deux questions capitales résument presque tout l'examen oral des femmes qu'on soupçonne atteintes de cystocèle. Sentent-elles une grosseur entre les grandes lèvres? et urinent-elles à l'accoutumée? Peu importe, comme on l'a vu, que les symptômes dont elles se plaignent soient survenus lentement, sans effort, sans cause connue; rien ne saurait suppléer la vue et le toucher; et le toucher seul, et hors des conditions que j'ai dites, est quelquefois plus propre à induire en erreur qu'à procurer quelque lumière. Mais avec la vue et le toucher, le diagnostic ne m'a jamais offert de difficulté, et je n'ai pas encore eu besoin jusqu'à ce jour de recourir au cathétérisme.

J'insiste à dessein sur ce point; car, après avoir dénoncé des erreurs que j'ai vu commettre par d'autres, il faut bien confesser aussi que, pour avoir négligé ces préceptes, j'ai failli tomber moi-même un jour dans une erreur grossière. J'avais vu si souvent le fréquent besoin d'uriner accompagner le cystocèle vaginal, que je m'en étais fait en quelque sorte un signe pathognomonique; non pas que je l'eusse vu coexister toujours; mais je ne connaissais dans le cadre pathologique aucune lésion chronique qui le partageât avec le cystocèle. Or, dans une de mes leçons cliniques, il arriva qu'une femme

accusant une pesanteur dans le vagin survenue à la suite d'un effort, et en même temps des envies d'uriner très fréquentes ; j'annonçai qu'il y avait là un cystocèle vaginal, et j'invitai mes internes à le vérifier. Ils explorèrent avec soin; pas la moindre trace de cystocèle. Je fis l'examen à mon tour, et au lieu de ce que j'avais annoncé, je trouvai, quoi ? une simple antéversion de la matrice. J'ai vu depuis lors un autre cas d'antéversion déterminant les mêmes phénomènes; et je ne sache pas que personne en ait parlé. En conséquence, et je le répète pour la dernière fois, quand même l'examen oral vous aurait donné des présomptions voisines de la certitude, ne regardez la certitude acquise qu'avec la vue et le toucher.

Le pronostic n'est pas sans quelque gravité. Le cystocèle récent peut disparaître par les seules ressources de la nature ; j'en ai cité quelques cas rares ; mais ces cas ne sauraient être prévus, et la guérison n'est pas si sûre que la récidive ne menace tôt ou tard. Si nous connaissions bien l'anatomie pathologique de cette lésion, nous aurions quelque espoir de deviner le mécanisme de ces guérisons, et d'arriver peut-être à imiter la nature; mais jusqu'ici le scalpel n'a rien dit à cet égard; les rares dissections qui ont été publiées portaient sur des cas compliqués de chute de matrice; l'unique autopsie que j'ai eu l'occasion de faire se rattachait à une complication de même nature ; et les expériences tentées sur le cadavre par M. Rognetta ne sauraient suppléer cette lacune. Constatons l'état de la science, et faisons des vœux pour ses progrès.

On n'en a pas moins tenté la cure radicale; ici, comme pour la chute de matrice, comme pour le rectocèle, on a pensé qu'en rétrécissant la paroi du vagin trop élargie, on opposerait un sûr obstacle au retour du déplacement. M. Jobert a mis en pratique, à cet effet, un procédé fort ingénieux, dans lequel il a combiné l'action préalable du nitrate d'argent avec l'action du bistouri, réunissant ensuite les bords de la perte de substance par la suture entortillée; et il a donné l'histoire de deux malades opérées ainsi avec succès. L'une n'ayant été revue que deux mois après, ne fournit pas un témoignage de grande valeur; mais chez l'autre, la guérison persistait encore après plus de six mois; et il faut considérer que le chirurgien s'était attaqué à des métro-cystocèles, ce qui donnerait des espérances bien plus légitimes encore pour le cystocèle simple. Toutefois, je le déclare, six mois de guérison sont peu de chose, lorsqu'on a vu pour des cas du même genre des opérations analogues être suivies de récidive après une année, lorsqu'on sait ce qui arrive aux hernies à large pédicule traitées aussi par le bistouri, le feu ou les aiguilles. En conséquence, je m'en tiens dans ma pratique à la cure palliative.

J'ai exposé, dans mon *Mémoire sur le rectocèle vaginal*, comment, ayant reconnu le peu d'utilité des pessaires en gimblette pour cette sorte de prolapsus, j'avais fait fabriquer en caoutchouc pur des pessaires en sablier qui avaient beaucoup mieux réussi. Pour le cystocèle, l'indication était la même; il fallait exercer sur la partie inférieure de la vessie une pression qui l'empêchât de descendre, et en même temps offrir un point d'appui à la partie supérieure. Je rapporterai seulement ici le premier cas dans lequel j'en fis usage.

La veuve Miolle, âgée de 64 ans, mère de trois enfants, femme de ménage, taille médiocre, constitution chétive, vint au bureau central le 23 octobre 1835, réclamer un pessaire pour une chute de l'utérus, qui, à l'examen, se trouva être un pur et simple cystocèle. La tumeur avait paru à l'âge de 41 ans, tandis que la femme portait un lourd fardeau ; peu considérable d'abord, elle disparaissait de temps à autre, lorsque, à l'âge de 48 ans, la malade étant tombée de 2 à 3 pieds de haut, la tumeur acquit subitement le volume d'un œuf et dès lors ne disparut plus. Delà des envies continuelles d'uriner dans le jour ; et, chose curieuse, jamais la nuit. Puis, plus tard, des tiraillements aux aines, et un sentiment de faiblesse quand elle vaquait à ses occupations. Je lui fis mettre un pessaire en gimblette, n'en ayant pas d'autre, et je l'invitai à revenir.

Je la revis le 17 novembre, fort contente de son pessaire qui, disait-elle, avait bien relevé la tumeur; seulement il avait déterminé de fortes démangeaisons et un écoule-

ment blanc considérable; mais les envies d'uriner avaient presque entièrement cessé. Des bains de siége, des injections émollientes calmèrent les démangeaisons et diminuèrent l'écoulement. Le 21 novembre, tout bien examiné, je trouvai qu'une petite portion du cystocèle glissait sous le pessaire, et la malade ajouta que la tumeur grossissait un peu après les repas.

Le 1er décembre, l'écoulement reparut; la tumeur qui glissait sous le pessaire avait le volume d'un œuf de pigeon, s'en allant d'ailleurs quand la femme avait uriné. Les urines étaient gardées trois à quatre heures; mais quand le besoin se faisait sentir, il fallait le satisfaire sans retard, sous peine de voir l'urine s'échapper d'elle-même. Les tiraillements aux aines n'existaient plus. Restait l'écoulement, que je combattis par des injections au sulfate de zinc.

Le 15, le pessaire en gimblette laissant de plus en plus passer la tumeur, j'appliqua mon pessaire en tablier, qui d'abord opéra une contention parfaite. Le 22, je l'examinai avec soin; le pessaire avait remonté au niveau du col vésical, et laissait faire à la paroi de l'urètre une très légère saillie vermiculaire; mais la malade ne s'en apercevait pas, et ne sentait aucune tumeur même après ses repas. L'urine pouvait être gardée presque toute la journée; bref, elle se trouvait beaucoup mieux qu'avec l'autre pessaire.

Cela alla ainsi un mois. Mais, le 19 janvier, elle revint fort agitée; l'écoulement avait repris avec une telle abondance qu'elle avait ôté son pessaire le matin même et ne l'avait pas remis. Je fut fort surpris de voir que la tumeur ne reparaissait plus. Etait-ce l'indice d'une guérison réelle? ou bien fallait-il attribuer ce phénomène à l'irritation du vagin, qui selon l'expression de la malade était *fort échauffé* par la présence du pessaire? Je lui conseillai de le garder seulement dans la journée, et de l'ôter le soir pour le remettre le matin.

Dans ces conditions nouvelles, la tumeur reparut; il fallut conserver le pessaire à demeure. Seulement comme, en s'imbibant des liquides vaginaux, il contractait une odeur infecte, je recommandai à la malade de l'ôter tous les huit jours pour le laver dans l'eau vinaigrée. Je la revis une dernière fois sur la fin de l'année; le pessaire était ramolli, avait perdu en partie sa forme, et ne contenait plus aussi bien la hernie; elle en demandait un autre que les circonstances ne permirent pas de lui donner.

Chez une autre femme dont j'ai publié l'histoire, un pessaire semblable avait duré dix-huit mois; mais il n'avait pas été baigné sans cesse par des sécrétions puriformes; et c'est un très grand inconvénient des pessaires en caoutchouc, de s'imprégner d'abord d'une odeur infecte si l'on néglige de les laver à temps, puis de se ramollir, de perdre leur forme, et même au bout d'un certain temps de se réduire en une sorte de putrilage. Pour en tirer tout le parti désirable, il les faut renouveler tous les six ou huit mois, et en faire ainsi provision d'avance. J'ai essayé diverses compositions pour remplacer le caoutchouc, et n'ai encore rien trouvé de plus satisfaisant.

Ils ne sont pas non plus toujours convenables; et il m'a fallu quelquefois revenir à des pessaires d'une autre matière et d'une autre forme. Chez les femmes qui ont eu la fourchette largement déchirée, et chez qui l'orifice vaginal a une ampleur inaccoutumée, aucun pessaire en caoutchouc pur n'est assez solide pour résister aux efforts de la défécation; ils plient et glissent à travers l'ouverture trop béante. J'ai eu à traiter une dame qui était dans ces conditions, et pour laquelle je fus très heureux de recourir aux pessaires en gimblette. Il me fallut pour combler ce vaste vagin, un pessaire tellement ample, que M. Lasserre, qui me le fournit, le gardait plutôt pour la montre, et en façon d'enseigne, que dans l'espoir d'en faire jamais usage. Il avait près de quatre pouces de diamètre, avec une épaisseur proportionnée, et il maintint suffisamment bien la vessie.

Plus récemment, des circonstances tout opposées m'ont suggéré l'idée d'un moyen tout différent; et le succès en a été si heureux que dorénavant, pour tous les cas de cystocèles, il conviendra de l'essayer avant de condamner les malades à la fâcheuse ressource des pessaires. J'étais consulté par une demoiselle de 29 ans, qui avait toujours été sage, et qui n'avait nullement renoncé à se marier; aussi, à la première proposi-

tion d'un pessaire, s'écria-t-elle qu'elle aimerait mieux le mal que le remède. J'avais plusieurs fois employé avec avantage, comme beaucoup de chirurgiens, les ceintures hypogastriques contre l'antéversion de l'utérus ; et, peu auparavant, j'avais traité de cette manière une antéversion accompagnée de fréquents besoins d'uriner; ce qui m'avait fait penser à essayer la ceinture hypogastrique pour le cystocèle même. La malade entra avec empressement dans mes vues ; l'appareil enleva en moins de 24 heures toutes les incommodités qui l'affligeaient, et jamais aucun pessaire n'a produit de cure palliative plus prompte et plus complète.

J'ai fait depuis un autre essai qui n'a pas moins bien réussi. Est-ce à dire cependant qu'on peut s'en promettre dans tous les cas les mêmes avantages ? Ce serait trop préjuger sans doute, et pour l'antéversion même, le succès n'est pas constant à beaucoup près ; mais, quoi qu'il en puisse être, les pessaires ont tant d'inconvénients, et la ceinture en a si peu, qu'il sera toujours du devoir du praticien de commencer par en tenter l'emploi.

REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

DE LA NATURE DES MOUCHES VOLANTES ; *par* M. DONNÉ.

On connaît les *mouches volantes*, les filaments qui passent devant les yeux, qui semblent voltiger dans l'air quand on regarde le ciel. Tout le monde a plus ou moins de disposition à en voir, et quelques personnes en sont affectées au point de s'inquiéter, de se croire menacées de cataracte ou de quelque autre trouble de la vue ; il est donc important de savoir à quoi s'en tenir sur ce point, afin de rassurer ceux qui, s'exagérant les inconvénients de cette circonstance, croient être atteints d'une infirmité qui n'est qu'une disposition générale et universelle. Les débutants en microscopie sont fréquemment induits en erreur par ces *mouches volantes*, et attribuent un mouvement à des objets immobiles, uniquement par suite du déplacement de ces petits filaments en forme de chapelets qui voltigent entre l'œil et le champ du microscope ; c'est là ce qui a porté M. Donné à faire une étude spéciale de ce phénomène sous le rapport de ses causes, de sa nature et des formes qu'il affecte ordinairement.

Et d'abord il est évident que les mouches volantes n'appartiennent ni à l'espace ni aux objets qu'on examine ; on s'en assure en passant la main devant soi, en agitant l'air dans le point qu'elles semblent occuper, en les considérant dans diverses directions et divers points du ciel, ou bien en regardant dans un microscope éclairé mais dépourvu d'objets à examiner ; on remarque que ces particules suivent tous les mouvements des yeux, et conservent toujours les mêmes formes. Appartiennent-elles aux parties extérieures du globe oculaire, sont-elles dans les larmes qui lubréfient la surface de l'œil, ainsi qu'on l'a prétendu ? Assurément non ; car les frottements exercés sur les yeux ne changent rien à ces filaments, dont la disposition et la forme sont à peu près constantes dans chaque individu. Il est beaucoup plus probable, ajoute M. Donné, que ce sont les parties intérieures, les globules de quelqu'une des humeurs internes que l'on aperçoit dans son propre œil ; et ce n'est pas seulement parce que nous trouvons, dans les humeurs de l'œil, des globules à peu près semblables pour l'aspect à ceux dont se composent ces filaments que nous émettons cette opinion ; mais où placer le siége de ces particules, de ces filaments, lorsque nous voyons qu'ils suivent tous les mouvements du globe oculaire, qu'on augmente à volonté leur dimension en regardant près ou loin dans l'espace, et que rien de ce qui vient changer les circonstances extérieures n'a d'influence sur leur forme et leur disposition ?

Dans tous les cas, et quels que soient le siége et la nature de ces corps, toujours est-il que chacun les voit, qu'ils sont plus ou moins apparents, plus ou moins opaques, qu'ils existent en plus ou moins grand nombre suivant les individus, *mouches volantes, filaments, toiles d'araignées ;* et M. Donné n'a encore rencontré personne qui ne se plaignît d'en être affecté à un plus ou moins haut degré.

Rien de plus facile, au reste, lorsqu'on veut les étudier, que de les faire apparaître. Il suffit de cligner les yeux en regardant un point bien éclairé, un mur, ou mieux des nuages blancs, un globe de lampe, ou même la flamme d'une bougie, pour distinguer ces filaments avec la forme qui leur est propre dans chaque observateur ; ils passent devant les yeux en s'abaissant, en tombant pour ainsi dire vers la partie la plus déclive. Si on les examine avec attention, on voit que ces

filaments ne sont pas simples dans leur structure; ils paraissent composés de petits globules fixés à une certaine distance les uns des autres; et pour donner une idée juste de leur apparence, on dirait de petits vaisseaux contournés sur eux-mêmes, en partie vides et en partie remplis de petits globules arrêtés et immobiles; aucun signe de mouvement, de circulation ne se manifeste dans l'intérieur de ces espèces de canaux. M. Donné a dessiné l'aspect que ces filaments affectent dans l'un de ses yeux, et dont la disposition est stable.

La meilleure manière de les observer est de regarder, à travers un trou d'épingle percé dans une carte, un point bien éclairé. Ils viennent fréquemment, comme il a été dit, s'interposer entre l'œil de l'observateur et le champ du microscope.

Certaines personnes, non pas toutes, découvrent par ce même procédé d'autres globules d'un aspect remarquable, composés de deux anneaux concentriques, dont l'un est très prononcé, très noir, avec un point brillant au centre; ces globules rares et dispersés sont libres et non liés entre eux; ils n'occupent pas toujours le même point dans le champ de la vision: tantôt on n'en trouve aucun, tantôt on en voit passer plusieurs; et il arrive souvent qu'un d'entre eux vient se fixer dans l'axe même du rayon visuel, de manière à gêner beaucoup la vue quand on veut étudier de très petits détails au microscope; de telle sorte qu'il faut même quelquefois renoncer pour le moment à l'observation microscopique, et la reprendre un peu plus tard.

Enfin, en considérant avec encore plus d'attention le champ de la vision à travers un trou d'épingle, ainsi qu'il a été dit, on voit que ce champ est tout entier rempli par de très petits globules très transparents, serrés les uns contre les autres, et occupant absolument tout l'espace que la vue embrasse. Tout le monde ne réussit pas du premier abord à voir cette dernière espèce de globules, et il faut quelquefois des observations répétées pour les découvrir; ceux-ci ne viennent jamais gêner ni troubler l'observation microscopique.

M. Donné estime qu'il faut rapporter le siége de ces corpuscules voltigeants à la capsule antérieure du cristallin, à l'humeur de Morgagni et au cristallin lui-même; mais il se hâte d'ajouter que ce n'est là qu'une opinion. On comprend qu'en pareille matière la vérification est bien difficile, sinon impossible, et que nous en serons probablement réduits longtemps encore aux conjectures; chacun peut donc accepter ou modifier à son gré la conjecture offerte; seulement il nous paraît hors de doute qu'en effet le siége de ces mouches est dans l'œil et non au dehors.

Cette curieuse étude des mouches volantes est-elle le seul secours que l'ophthalmologie peut espérer de la microscopie? C'est là une question qui n'est pas dépourvue d'intérêt, et que nous soumettons volontiers à M. Donné lui-même. Ainsi, dans le début d'une cataracte, lorsque nous pouvons à peine saisir quelques rares filaments opaques à travers la pupille du malade, celui-ci ne verrait-il pas assez bien, à l'aide du microscope, ces linéaments grossis et développés, pour en donner une description ou une figure capable d'éclairer par avance le diagnostic? Ces recherches nouvelles, dans le champ de la pathologie oculaire, auraient peut-être aussi pour résultat de fixer la physiologie sur le siége réel des mouches ordinaires; et nous nous proposons, pour notre compte, de tenter quelques essais dans cette direction.

LUXATION DE CHAMP DE LA ROTULE; *par le docteur* P. GAZSAN, *de Pittsburg.*

Les luxations de la rotule ont été jusqu'à nos jours fort mal connues; et l'on sait combien le travail spécial que nous publiâmes il y a onze ans sur cette matière eut à rectifier d'hypothèses et d'erreurs. Aujourd'hui encore nous voyons avec regret des chirurgiens qui semblent en être réduits pour leur pratique à ce que peut leur fournir leur propre imagination, égarée par de frivoles théories; et le cas suivant est bien propre à montrer combien il importe d'avoir des notions exactes sur ces sortes de déplacements. Nous donnerons d'abord l'observation telle que l'auteur l'a rapportée.

« James, âgé de 21 ans, fils de Judge-Porter, de Pittsburg, fut renversé en luttant, et immédiatement se trouva incapable de se relever.

« A l'examen, une heure environ après l'accident, je trouvai la rotule droite luxée sur son axe, c'est-à-dire qu'elle reposait sur l'un de ses bords, sa face postérieure tournée en dehors, l'antérieure en dedans, le bord interne reposant dans la gouttière intercondylienne du fémur.

« Je fis fléchir la cuisse sur le bassin et étendre la jambe sur la cuisse, et j'essayai de réduire en poussant les bords de l'os dans des directions opposées; mais, après des efforts répétés et toujours infructueux, je demandai que l'on transportât le malade à la ville (l'accident était arrivé à trois milles de la cité) et que l'on prît l'avis d'un autre chirurgien.

« Vers midi environ le malade fut ramené chez son père, où je trouvai le docteur Addison. Après des tentatives de réduction réitérées sans succès, il fut jugé nécessaire de di-

minuer la tension de la jointure par la section du ligament de la rotule ; ce que je fis en introduisant sous la peau un bistouri à lame étroite, et divisant le ligament juste à son insertion à la tubérosité tibiale. Nous revînmes alors à nos tentatives qui échouèrent encore. On pouvait imprimer à la rotule des mouvements sur son bord avec plus de facilité qu'auparavant ; mais elle n'en résistait pas moins à tous nos efforts pour la replacer.

« Le docteur Speer fut alors adjoint à la consultation, et, d'après son avis, nous fîmes tenir le malade debout ; on pratiqua une saignée et on laissa couler le sang jusqu'aux approches de la syncope ; alors les efforts de réduction furent renouvelés ; mais, bien que la rotule fût mobile sur son bord, il fut impossible de la faire sortir de la gouttière dans laquelle elle était logée. On décida alors qu'on laisserait reposer le patient durant quelques heures.

« A notre retour la cuisse fut fortement fléchie sur le bassin, le talon élevé ; alors la jambe fut fléchie sur la cuisse avec vigueur et fermeté, puis brusquement étendue. Au moment même de l'extension, j'appuyais très fortement en dehors contre le bord inférieur de la rotule avec une clef de porte bien enveloppée, tandis que le docteur Addison pressait avec ses deux pouces sur le bord supérieur de l'os pour le renverser sur le condyle externe. A la quatrième tentative, cette manœuvre réussit, et l'os se réduisit avec un bruit éclatant. Une attelle suffisamment garnie fut placée derrière le genou et assujettie par un bandage ; on eut recours aux lotions évaporantes, et on prescrivit le repos. La guérison se fit sans accidents, et le jeune homme jouit aujourd'hui du libre usage de son membre. »

(*American Journal of med. sciences.*)

Il y a sur cette observation plus d'une remarque à faire. D'abord l'auteur ne se faisait pas une juste idée de sa luxation, lorsqu'il croyait le bord de la rotule logé entre les condyles ; nous avons fait voir que le bord de la rotule est alors engagé dans le creux sus-condylien du fémur, fort au dessus des condyles, où son implantation plus ou moins forte apporte plus ou moins d'obstacles à la réduction. Les difficultés quelquefois très grandes qu'on éprouve ne tiennent point à la résistance musculaire ; dans le cas de Wolff, on coupa en travers le tendon des muscles rotuliens d'abord, puis le ligament rotulien, et la réduction n'en demeura pas moins impossible. M. Gazsan a coupé seulement le ligament rotulien, ce qui devait bien suffire à relâcher les muscles ; et il n'a pas mieux réussi. Son malade n'a pas succombé comme celui de Wolff ; et il est dit même assez brièvement qu'il jouit du libre usage de son membre ; assertion trop commune pour qu'il faille s'en étonner beaucoup, mais aussi trop téméraire pour mériter beaucoup de foi. En définitive, le chirurgien est venu à bout de sa réduction par hasard, après avoir étrangement torturé son blessé, et sans que le succès si péniblement obtenu lui ait fourni de bien grandes lumières, au cas où il se retrouverait en présence d'une luxation du même genre.

Rappelons donc qu'en pareille circonstance l'art possède trois procédés d'accord à la fois avec la théorie et l'expérience. D'abord l'impulsion des deux bords de la rotule en sens contraire, non point en fléchissant la cuisse et élevant la jambe ; car on se prive par là de point d'appui et de force, mais en laissant le membre tout appuyé sur le sol ou sur le plancher, et tout au plus le tronc un peu relevé pour relâcher l'un des membres rotuliens. Si ce procédé échoue, la flexion forcée de la jambe, en faisant descendre la rotule, tend à la dégager par en bas ; et en effet, dès qu'elle arrive sur la gouttière intercondylienne, elle ne saurait rester de champ et il faut qu'elle se réduise d'elle-même. Enfin, dans les cas plus rebelles encore, on pourrait recourir, ainsi que l'a fait M. Cuynat, à l'introduction d'un levier d'acier dans l'articulation pour soulever le bord engagé de la rotule ; seulement il ne faudrait pas d'incision ; et l'innocuité bien reconnue de l'introduction du trocart dans cette même articulation laisserait fort peu de chose à craindre de l'introduction d'un levier qui n'aurait guère besoin de plus d'épaisseur.

Obstétrique.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL CHEZ UNE PRIMIPARE ; par le docteur VANHUEVEL.

C. S., 31 ans, entra à la Maternité de Bruxelles, le 20 juin 1843. Taille 5 pieds 8 pouces ; colonne dorsale fortement incurvée en arrière et à droite ; région lombaire déviée à gauche ; bassin incliné dans le même sens. Extrémité inférieure gauche amaigrie et raccourcie de 3 pouces ; fémur arqué en dehors, tibia en dedans.

Cette femme, enceinte pour la première fois, paraît être parvenue au 8e mois révolu de sa grossesse : dernière époque menstruelle vers le milieu d'octobre 1842 ; fond de l'utérus dans la région épigastrique ; col légèrement entr'ouvert, offrant encore un peu de longueur.

Mesuré avec un pelvimètre ingénieux, de l'invention du docteur Vanhuevel, le bassin offrait, au détroit supérieur, les dimensions suivantes : diamètre sacro-pubien, 3 pouces ;

diamètre sacro-cotyloïdien gauche, 2 pouces 10 lignes; diamètre sacro-cotyloïdien droit, 2 pouces 8 lignes.

L'accouchement prématuré artificiel fut résolu, et cette opération ayant reçu l'approbation du professeur Seutin, on y procéda le 22 juin, en suivant la méthode de Kluge. A 9 heures du matin, premier cône d'éponge préparée; le soir, second cône; le lendemain, après un bain, troisième cône plus volumineux que les précédents. Légères contractions utérines dans la journée. Le soir, quatrième cône plus volumineux encore. A une heure du matin, le 24 juin, rupture des membranes; expulsion de l'éponge par le flot du liquide. L'orifice était alors dilaté de la largeur d'une pièce de 2 francs. Deuxième position du sommet. Sous l'influence de douleurs de plus en plus énergiques, la dilatation se compléta, et dans la soirée du 24, la tête franchit le détroit supérieur; elle n'arriva qu'assez longtemps après au détroit périnéal, et ne fut expulsée qu'à minuit, 63 heures après l'application de la première éponge. Le tronc suivit de près la tête. La délivrance fut naturelle.

L'enfant, du sexe masculin, vivant et bien développé, avait un peu plus de 17 pouces de longueur; sa tête offrait les dimensions suivantes:

Diamètre bi-pariétal, 3 pouces 1 ligne;
Diamètre bi-zygomatique, 2 pouces 9 lignes;
Diamètre occipito-frontal, 4 pouces 3 lignes;
Diamètre occipito-bregmatique, 3 pouces 4 lignes.

Les suites de couches furent tout à fait naturelles, et la mère quitta la Maternité le dixième jour en parfaite santé.

L'enfant, confié à une bonne nourrice, mais dont le lait s'altéra au bout de 3 à 4 jours par suite d'une émotion morale, présenta tous les symptômes d'une irritation intestinale; mais sous l'influence d'un traitement émollient, et surtout par les soins et à l'aide du lait d'une nouvelle nourrice habitant la campagne, sa santé se rétablit bientôt, et depuis lors n'a subi aucune atteinte. L'accroissement et les dimensions en font foi. Ainsi, le 18e jour après sa naissance, sa longueur totale était de 18 pouces; le diamètre bi-pariétal de 3 pouces 3 lignes; le bi-zygomatique de 3 pouces; l'occipito-frontal de 4 pouces 3 lignes; l'occipito-bregmatique de 3 pouces 7 lignes.

(*Annales médicales belges.*)

Rien n'a manqué au succès du docteur Vanhuevel, et il doit s'applaudir de n'avoir point exposé la mère ni l'enfant aux chances d'un accouchement qui, au terme de la grossesse, eût certainement été fatal à celui-ci. Son observation, jointe à quelques autres, montre que, si l'accouchement prématuré artificiel n'est ni aussi facile ni aussi innocent chez les primipares que chez les femmes qui ont eu des enfants, une première grossesse n'est pourtant pas toujours une circonstance défavorable ou une contre-indication. La difficulté de l'introduction de l'éponge à travers un orifice qui n'est pas en général entr'ouvert comme chez les femmes multipares, les efforts qu'il faut faire pour l'y pousser et l'y maintenir, et la nécessité de renouveler à diverses reprises cette application, nous semblent, pour quelques cas au moins, des objections sérieuses. Le docteur Vanhuevel prétend qu'on ne peut objecter maintenant l'incertitude sur le degré précis du rétrécissement du détroit supérieur, et que la connaissance parfaite de l'étendue du diamètre sacro-pubien et des distances sacro-cotyloïdiennes, désormais facile à obtenir avec son pelvimètre géométrique, autorise la pratique de l'accouchement prématuré artificiel dès la première grossesse, sans qu'il soit nécessaire d'attendre qu'un premier accouchement fatal au fœtus ait démontré l'impossibilité de la naissance d'un enfant vivant à terme. Le pelvimètre du docteur Vanhuevel n'est qu'une modification, très heureuse à la vérité, du pelvimètre de Wellenbergh. Il nous a semblé, d'après la démonstration que l'auteur nous en a donnée et l'application qu'il a bien voulu en faire en notre présence sur un bassin sec, d'un usage plus facile et surtout beaucoup plus sûr que l'instrument du médecin hollandais. En effet, d'après quelques mensurations auxquelles nous avons employé le pelvimètre de Wellenbergh, sur des femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, cet instrument, à raison des difficultés de l'application, nous a paru conduire à un genre d'erreur dont les conséquences sont faciles à prévoir; il donnait presque toujours des dimensions inférieures aux dimensions réelles. Nous ne voulons pas dire qu'il en soit de même avec le pelvimètre de Vanhuevel. La supériorité incontestable de celui-ci nous fait au contraire penser qu'il doit donner des résultats parfaitement exacts. Mais une application, répétée sur le vivant par nous-mêmes ou sous nos yeux, nous convaincrait davantage; et jusqu'à cette conviction parfaite, nous conserverons pour notre part quelque doute sur la convenance de l'accouchement prématuré artificiel chez les primipares. Nous avons vu plus d'une fois des femmes dont le bassin était rétréci au point de faire présumer, si elles n'accouchaient pas naturellement, que l'accouchement prématuré artificiel pourrait être ultérieurement indiqué, et qui n'en ont pas moins mis au monde des enfants à terme vivants et bien portants. Nous n'en attachons que plus de prix aux observations qui, semblables à celles

du docteur Vanhuevel, montrent la facilité et l'innocuité de l'accouchement prématuré artificiel provoqué au terme convenable d'une première grossesse (1).

Pharmacologie chirurgicale.

DES OPIATS ET MIXTURES DENTIFRICES, par M. Désirabode.—(*Voir le nº précédent.*)

Ces préparations ne diffèrent des poudres que parce que, pour leur donner un peu de mollesse et en faire une sorte de pâte, on lie ces dernières entre elles au moyen d'une quantité suffisante de sirop ou de miel de Narbonne purifié. Elles n'ont guère sur les poudres d'autres avantages que d'être moins sujettes à se répandre sur les meubles de toilette, et d'être par elles-mêmes plus portatives; mais elles se détériorent assez promptement.

Voici la formule et le mode de préparation de la mixture conseillée par Maury:

Miel de 1re qualité......	1 kilo.
Alun calciné	62 grammes.
Extrait de quinquina....	32
Huile essentielle de menthe poivrée..........	16
— de cannelle.........	16
Esprit d'ambre musqué et rosé................	8

On fait réduire le miel d'un tiers, on le colore avec un peu d'orcanette, on y mêle l'extrait de quinquina et on passe à travers un linge fin. Quand il est presque refroidi, on y incorpore l'alun, et l'on n'y ajoute les essences que lorsque le mélange est entièrement froid.

Nous devons faire remarquer ici que l'emploi des élixirs chargés de matières résineuses et balsamiques est en général préférable, pour l'entretien des dents et la propreté de la bouche, aux poudres et aux opiats. Ces dernières préparations, formées, en effet, de substances porphyrisées, n'ont que rarement une assez grande ténuité pour ne pas faire craindre les inconvénients qui résultent de leur interposition et de leur séjour entre les dents et les gencives.

Comme la plupart des poudres qui entrent dans les préparations dentifrices sont des sels acides, dont l'action peut assez promptement se faire sentir sur les dents, un pharmacien distingué (Pelletier) avait pensé qu'il serait utile de substituer à ces acides des sels alcalins; il avait en conséquence présenté au public, sous le nom un peu recherché d'*Odontine*, un opiat, ou mieux, un savon composé tout simplement de sous-carbonate de magnésie et de beurre de cacao. L'Académie s'est un peu avancée, il nous semble, en laissant mettre cette mixture sous son patronage; car l'action des sels alcalins doit se faire sentir sur l'émail dentaire, si les eaux minérales alcalines ont, comme on l'avance, la propriété de dissoudre les calculs urinaires, et si les boissons de même nature hâtent la fusion des dépôts tophassés qui surviennent au pourtour des articulations de quelques goutteux. Nous ferons d'ailleurs observer que l'idée de composer des dentifrices avec des sels alcalins n'appartient ni à Pelletier, ni à M. Oudet qui prétend la lui avoir suggérée; car déjà, avant 1836, M. le docteur Donné avait indiqué M. Blondeau, pharmacien, comme l'ayant mise à exécution.

Quoi qu'il en soit, dans la confection de ces diverses préparations, on doit apporter la plus grande attention à bien porphyriser toutes les substances dures qui doivent les composer, pour les réduire en poudres impalpables, et on doit les mélanger exactement; car, sans cette précaution, elles ne seraient pas seulement désagréables, mais elles érailleraient les dents par leurs propriétés physiques.

Un grand nombre de personnes croient pouvoir atteindre le but auquel sont destinées ces préparations, en se servant, pour nettoyer leurs dents, de plusieurs substances simples qui se trouvent communément sous la main, comme le charbon, la suie, le sel marin et le tabac.

La propriété antiputride du charbon lui a valu depuis longtemps d'être placé parmi les agents dentifrices les plus avantageux; son emploi est encore aujourd'hui populaire; mais il ne mérite assurément pas cette supériorité qu'on s'obstine à lui accorder; car s'il n'est que médiocrement porphyrisé, il use toujours un peu les dents, et s'il l'est beaucoup, il s'insinue entre la paroi externe de l'alvéole et la gencive à laquelle il donne une transparence violette. Nous avons été quelquefois obligé de détacher les gencives, pour favoriser un écoulement de sang qui en entraînait les parcelles. Nous ne contestons pas d'ailleurs que le charbon ait une action légèrement antiseptique qui puisse le rendre utile à quelques personnes, surtout à celles dont les gencives sont molles et saignantes.

Il en est de même du sel marin ou sel de cuisine (hydrochlorate de soude), qu'on peut employer sans inconvénients, d'abord parce

---

(1) Nous n'avons point décrit le pelvimètre de M. Vanhuevel: on sait assez l'impossibilité de faire comprendre par une description, le mécanisme d'un instrument quelque peu compliqué. Mais ceux de nos confrères qui habitent Paris pourront l'examiner à loisir chez M. Charrière, qui en a déjà fait fabriquer.

qu'il agit comme toutes les poudres calcaires, ensuite parce qu'il est composé de soude et d'acide hydrochlorique dont l'effet peut bien ne pas être complètement nul dans le blanchiment des dents; son emploi occasionne d'ailleurs une abondante salivation qui, bien qu'étrangère au but dont nous nous occupons, peut néanmoins être utile dans quelques circonstances.

Quant à la suie, son emploi comme dentifrice vient uniquement de ce que quelques personnes, séduites par l'apparente blancheur des dents des ramoneurs, ont pensé que par son usage on pourrait obtenir le même avantage. Mais, outre que cette substance a l'inconvénient d'une extrême malpropreté et de laisser à la bouche une saveur fort désagréable, elle communique encore une teinte jaune ou brune qu'il est presque impossible, par la suite, de faire disparaître, et qu'on n'aperçoit pas chez les ramoneurs à cause de la couleur habituellement noire de leur visage. Voici dans tous les cas une formule dont la suie fait la base, et que préconise le docteur E. Kemmerer:

Poudre de suie de bois...	32 grammes.
Poudre de fraisier......	20
Eau de Cologne........	qq. gouttes.

Ce que nous venons de dire des inconvénients de la suie peut parfaitement s'appliquer : 1° au tabac, dont la propriété narcotique est trop douteuse pour atténuer la malpropreté de son emploi; 2° au quinquina, dont le principe tannant doit toujours finir à la longue par jaunir l'émail. Cependant, comme la poudre de quinquina jouit d'une action tonique bien évidente, on l'associe quelquefois, comme nous l'avons déjà vu, à d'autres substances, pour former une poudre dentifrice utile en quelques circonstances et dont voici un modèle:

Charbon de bois blanc porphyrisé...........	64 grammes.
Quinquina en poudre....	32
Sucre blanc............	64
Huile essentielle de menthe.................	4
— de cannelle..........	1-50
Essence d'ambre musqué et rosé..............	45

BULLETIN CLINIQUE.

La première partie de notre mémoire sur le cystocèle vaginal a frappé l'attention de plusieurs chirurgiens ; et nous avons reçu à cette occasion deux lettres portant l'empreinte de convictions bien différentes, mais toutes deux également intéressantes par les faits et les idées qu'elles renferment. Nous les transcrirons par ordre de date.

SUR QUELQUES PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAUX; *par* M. CANGRAIN, D.-M. *à Alençon.*

A M. le Rédacteur du Journal de Chirurgie.

Monsieur,

Permettez-moi de m'entretenir un instant avec vous de votre mémoire sur le cystocèle vaginal. Parmi plusieurs observations de prolapsus, je vais me borner à vous en rapporter trois qui vous rappelleront que la pratique d'un médecin peut se trouver quelquefois en opposition avec celle d'un autre, surtout quand il s'agit de maladies encore peu étudiées et mal connues. Vous dites n'avoir jamais rencontré le prolapsus circulaire du vagin; je crois avec vous qu'il est rare, je l'ai cependant observé une fois chez une jeune fille dont je vais vous rapporter l'histoire.

Obs. I.—M. L., 19 ans, taille élevée, tempérament lymphatico-sanguin, réglée à 15 ans; à 18 ans elle devint chlorotique et subit le traitement par les toniques et les ferrugineux, qui la guérit très bien. Voulant un jour aider sa domestique à charger un lourd fardeau, elle fit un effort violent à la suite duquel elle éprouva dans le bas du ventre une vive douleur ; à peine put-elle rentrer à la maison, tant la marche était pénible; sa physionomie était pâle, décomposée, tout en elle annonçait la souffrance. Rendue chez elle, sa mère la fit coucher; elle souffrit toute la journée et les jours suivants ; la mixtion et la défécation étaient accompagnées de douleur. Sa mère l'examina et découvrit une tumeur grosse comme un œuf, à peine sensible au toucher. On fit venir un médecin qui prescrivit le repos, le régime, et dit qu'on ne pouvait reconnaître la maladie qu'à l'aide du spéculum ; je fus appelé près de la malade, qui ne consentit qu'avec peine à se laisser toucher. Elle était pâle, abattue, souffrait beaucoup dans les parties, comme si quelque chose voulait sortir. Le ventre n'était pas douloureux à la pression; l'entrée du vagin permettait à peine l'introduction du doigt; à la profondeur de 4 à 5 centimètres, je sentis une tumeur molle chaude, cédant à la pression; il était facile d'en parcourir la circonférence, et de sentir que le doigt se trouvait alors entre la tumeur et les parois du vagin; elle présentait une surface un peu rugueuse; en pressant au centre on la faisait remonter et on sentait alors le col de la matrice; en retirant le doigt, la tumeur reparaissait, mais beaucoup moins grosse. Le vagin ne présentait de saillie ni en avant ni en arrière ; la vessie me paraissait à sa place. Je conseillai un pessaire, que

j'eus beaucoup de peine à introduire, avec un bruit semblable à une détonation de pistolet au moment où je franchissais le muscle constricteur du vagin; cependant il n'y eut pas de déchirure. Je conseillai les injections astringentes et le repos. Deux mois après j'enlevai le pessaire qui donnait lieu à des flueurs blanches abondantes ; j'eus beaucoup de peine à lui faire franchir l'entrée du vagin, la malade souffrit beaucoup ; on fit des injections pendant 15 jours, ni tumeur, ni flueurs blanches ne reparurent. Depuis 3 ans la jeune fille se porte très bien.

Dans presque tous les cas il m'a été facile de m'assurer que des efforts étaient la cause déterminante des prolapsus. Je vais en rapporter brièvement deux cas.

Obs. II.—M. F., 39 ans, couturière, réglée à 17 ans, bilieuse-sanguine. En soulevant une table lourde, elle sentit une douleur de reins et quelque chose qui descendait dans les parties; elle avait de la peine à uriner ; elle se coucha, et le lendemain elle souffrait moins, mais quand elle restait debout la tumeur descendait ; elle finit par avoir des flueurs blanches très abondantes et des douleurs de reins qui l'empêchaient de travailler. Cette fille dévote me fut envoyée par son curé. Je vis à l'entrée du vagin une petite tumeur d'un rouge vif, dure au toucher, qu'il me fut facile de reconnaître pour le col utérin ; la pression le fit aisément remonter ; j'appliquai un pessaire avec peine, tant l'entrée du vagin était étroite ; je revis la malade 3 mois après : elle me dit qu'elle souffrait à peine.

Obs. III.—M. L., 68 ans, fruitière, tempérament sanguin, mère de deux enfants. Depuis une dizaine d'années elle s'aperçoit d'une grosseur dans le vagin qui la gêne beaucoup à marcher ; elle ne souffre pas en urinant. Son état la force à courir la ville avec un assez lourd fardeau. Depuis un an la maladie s'est aggravée ; elle est inondée de flueurs blanches; la tumeur pend à l'extérieur et produit des démangeaisons qui la font gratter. Ne pouvant plus marcher, elle me consulta. Je vis à l'extérieur le col de la matrice rouge, violacé, ulcéré, donnant lieu à un écoulement abondant ; je le fis rentrer facilement, mais il reparaissait de suite. J'appliquai un pessaire qui fit tellement souffrir la malade qu'il fallut l'enlever ; l'éponge ne réussit pas mieux. La malade ne voulut plus rien faire ; elle reste assise toute la journée.

Je vous avoue que je n'ai pas encore rencontré de cystocèle simple ; ma pratique sur ce point est en rapport avec les conclusions de M. Jobert. Joint à une chute de matrice, je l'ai observé le plus souvent de 40 à 50 ans ; les filles même vierges, en sont assez fréquemment atteintes pour que je ne regarde pas l'accouchement comme une cause bien puissante. J'ai remarqué que les professions qui forcent les femmes à une station prolongée, quand elles portent ou traînent un fardeau, prédisposent à la maladie Toutes les femmes moins une accusaient un effort violent. J'ai rencontré trop souvent des chutes de matrice pour adopter votre opinion sur le cystocèle, malgré les chiffres. Attendons un plus grand nombre de faits, et je pense qu'on arrivera à un résultat opposé. Je regrette de ne pas avoir tenu note des cas que j'ai observés pour opposer chiffres à chiffres. Je me propose de le faire maintenant et de vous en rendre compte, quel que soit le résultat.

Agréez, etc. Cangrain, D.-M.-P.

Alençon, 5 décembre 1843.

—Nous n'avons rien à dire touchant les deux dernières observations de M. Cangrain ; ce sont de simples chutes de matrice, et nous aurons l'occasion plus tard de donner aussi notre avis sur ce point. Mais nous demanderons à notre habile et excellent confrère, la permission de discuter avec lui la signification de la première. Est-il possible d'y voir *un prolapsus circulaire du vagin?* Ce diagnostic s'accorde bien mal, ce nous semble, avec cette *tumeur grosse comme un œuf* aperçue par la mère ; avec les renseignements donnés à M. Cangrain lui-même par le toucher ; et surtout avec cette phrase : *Le vagin ne présentait de saillie ni en avant ni en arrière.* Qu'est-ce donc que cette tumeur? Nous ne voudrions pas prendre sur nous de le dire ; mais nous regrettons qu'on n'ait pas recommandé à la malade de faire quelque effort ; la tumeur serait arrivée à la vulve, et la vue en aurait plus appris peut-être que le toucher. Du reste, dans tous les cas de ce genre, lorsqu'il y aura le moindre doute, nous ne saurions trop engager les praticiens à user de toutes les ressources que fournissent la vue, le toucher et au besoin le cathétérisme.

Sur le cystocèle vaginal, par M. H. Bourdon, D.-M.-P., *interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.*

Paris, 12 décembre 1843.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire, avec beaucoup d'intérêt, la première partie de votre mémoire sur le cystocèle vaginal, et je m'empresse de vous communiquer une observation qui vous paraîtra sans doute remarquable sous plusieurs rapports.

D'abord la jeune fille qui en fait le sujet n'était âgée que de *14 ans* ; elle n'avait *jamais été enceinte*, et elle était *blanchisseuse*, profession qui, d'après vos intéressantes recherches, prédispose plus que toute autre au

cystocèle vaginal. Ensuite la tumeur s'est montrée après un violent effort, cause qui n'est notée que dans un peu plus du tiers de vos observations. Enfin ce fait montre tout le parti avantageux qu'on peut tirer du pessaire élytroïde de M. Cloquet, dans des cas analogues.

Obs. I —Une jeune fille de 14 ans, blanchisseuse, fortement constituée, d'un tempérament sanguin, très bien réglée depuis un an, n'ayant jamais été enceinte, éprouva, il y a 4 mois, de vives douleurs dans l'hypogastre, à la suite d'un violent effort qu'elle fit pour soulever un cuvier très lourd. Ces douleurs se prolongèrent pendant toute la journée, sans qu'il se montrât aucun autre symptôme. Les jours suivants, la jeune fille ne ressentit rien d'extraordinaire; mais le quinzième jour, s'étant fatiguée plus que d'habitude, elle éprouva, pendant la marche, de la gêne vers les organes génitaux externes, et elle découvrit une petite tumeur arrondie qui sortait de la vulve. Du reste, rien de particulier dans l'excrétion des urines ni dans les autres fonctions. Pendant 3 mois, la malade ne se plaignit pas à ses parents. La tumeur augmentait de volume dans la position verticale, pendant les efforts de toute espèce, et quand les urines étaient retenues depuis un temps un peu long; elle diminuait et rentrait même dans le décubitus horizontal.

Enfin, la mère avertie consulta un médecin qui crut reconnaître un prolapsus de l'utérus, et qui plaça un pessaire rond dit en gimblette. L'iutroduction de cet instrument fit horriblement souffrir à cause de l'étroitesse de la vulve. On fit garder le lit à la jeune fille pendant 8 jours et la tumeur ne parut pas; mais dans la situation verticale elle se reproduisit aussitôt et avec tous ses caractères, au devant et au dessous du pessaire. Alors la tumeur grossissant de jour en jour, et la mère s'en inquiétant, la jeune malade entra, le 19 juin 1840, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 33 (service de M. Récamier).

Le lendemain, à la visite, elle dit se porter très bien; toutes ses fonctions se font d'une manière normale, même l'émission des urines qui se fait à volonté, avec sa rapidité ordinaire, d'une manière complète, et sans plus ni moins de fréquence que dans l'état habituel.

Cette jeune fille se plaint seulement d'une petite tumeur qui, placée à l'entrée du vagin, descend hors de la vulve quand elle est restée debout pendant un peu de temps, la gêne dans la marche, et la force à tenir les jambes écartées.

Si l'on examine les organes génitaux, on trouve, en effet, à l'entrée du vagin, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, un peu allongée, dont l'extrémité inférieure proémine à travers la vulve; elle est très régulière, et sa surface parfaitement lisse et polie n'offre pas la moindre trace d'ouverture. Sa résistance est celle d'une poche remplie d'eau qui se vide graduellement quand on la presse. Après cette opération qui provoque immédiatement l'envie d'uriner, la tumeur est flasque et diminue considérablement de volume. Mais si on fait tousser la malade, la tumeur reprend aussitôt son volume et sa tension ordinaire, à moins qu'on n'ait vidé la vessie pendant la réduction.

Si l'on cherche à s'éclairer par le toucher vaginal, on trouve que le pédicule est large et qu'il est placé sur la paroi antérieure du vagin, à environ 3 centimètres au dessus de l'orifice vulvaire. Les parties qui l'entourent sont souples, et ne forment pas, comme dans les autres hernies, un anneau résistant autour du collet.

En introduisant le doigt plus profondément, on rencontre, à une hauteur de 8 centimètres à peu près, le museau de tanche, dans sa situation normale, au dessus et en arrière de la base de la tumeur.

De plus, ce toucher, aidé du toucher rectal, permet de constater que le corps de l'utérus a son volume et sa position ordinaire.

Le canal de l'urètre a subi un déplacement dans sa moitié postérieure qui est descendue, de sorte que le cathéter suit un trajet oblique de haut en bas et d'avant en arrière pour arriver au col vésical. Par la vessie, il pénètre très facilement dans la tumeur, à travers sa base large; et le doigt placé dans le vagin ne sent qu'une paroi mince et simple interposée entre lui et le bec de l'instrument.

On ne put méconnaître alors un cystocèle vaginal. Pour le traitement, on commença par vider complétement la vessie, on réduisit la tumeur, et l'on introduisit dans le vagin un pessaire tubuleux élytroïde. On recommanda à la malade d'uriner le plus souvent possible et d'éviter toute espèce d'efforts; on prescrivit des lavements pour entretenir la liberté du ventre.

Pendant 15 jours que la jeune fille est restée à l'hôpital, la tumeur s'est maintenue parfaitement réduite, et il n'est résulté aucun inconvénient de la présence du pessaire.

J'ai eu occasion de revoir plusieurs fois cette malade dans les années suivantes. Elle m'a dit se trouver toujours très bien de son instrument, qui lui permettait de se livrer à tous les travaux de sa profession. Mais j'ai constaté, trois ans après, que, malgré l'emploi continué du pessaire, la maladie existait au même degré.

Outre ce cas, j'ai eu occasion d'en observer

un second quelques mois plus tard; mais le sujet était une femme de 40 ans, qui avait eu des enfants. La seule chose qui m'ait paru remarquable, dans ce fait, c'est le volume énorme de la tumeur, et l'impossibilité de la maintenir réduite par aucun pessaire, et même par une bouteille en caoutchouc du volume d'une orange.

Je me félicite, Monsieur, de ce que ma courte expérience vienne appuyer vos idées sur la fréquence du cystocèle vaginal; en effet, dans 4 ou 5 cas de prolapsus vaginaux que j'ai eu occasion d'observer pendant mon séjour dans les hôpitaux, il s'est trouvé deux cas de cystocèle; et je suis persuadé, comme vous, qu'on rencontrera ou plutôt qu'on reconnaîtra plus souvent cette affection, quand on joindra au toucher la vue et le cathétérisme de la vessie.

Agréez, etc.

H. BOURDON, D.-M.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

COURS DE MICROSCOPIE, COMPLÉMENTAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES; *anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie;* par AL. DONNÉ, *ex-chef de clinique de la Faculté de Paris, etc.* (1).

L'anatomie humaine est une science limitée par la nature du sujet dont elle s'occupe. Ce sujet n'est pas même bien vaste en apparence; c'est un cadavre d'un mètre et demi de hauteur, avec moins d'un demi-mètre sur toutes les autres dimensions; et depuis trois siècles que les plus beaux génies, que les savants les plus érudits, que les plus laborieux travailleurs ont usé leurs jours et leurs nuits à la dissection de ce cadavre, il y a lieu de s'étonner que la science ne soit pas close et qu'il reste encore quelque chose à trouver. Mais peut-être est-ce là un des exemples les plus frappants de cette curiosité infinie qui pousse l'homme à tout voir et à tout savoir, de telle sorte que, lorsque les problèmes semblent épuisés, il se pose à lui-même ce problème nouveau de trouver une face inconnue derrière toutes les faces connues, de se découvrir quelque ignorance au fond même de sa science, plus satisfait de quelque chose à conquérir que de tout ce qu'il a déjà conquis. Ces trois siècles avaient suffi à peine à compléter l'anatomie descriptive; Bichat créa l'anatomie générale. Grâce à l'activité inouïe de l'âge moderne, ce magnifique sillon paraît bientôt épuisé à son tour; d'infatigables investigateurs, en creusant plus profondément, découvrent une veine en quelque sorte nouvelle, l'anatomie chimique. Puis tout à côté et parallèlement en quelque sorte, voici venir l'anatomie microscopique; seulement, lorsque le creuset et le microscope nous auront donné leurs dernières révélations, je suis en peine de ce que pourront imaginer les âges futurs pour découvrir quelque chose en anatomie; il ne leur restera guère qu'à chicaner sur les détails.

Parmi les savants qui ont rendu au microscope l'importance que déjà personne ne lui conteste, qui en ont popularisé l'emploi en anatomie, qui l'ont fait servir avec le plus de fruit à l'édification de cette science nouvelle, M. Donné a droit d'être cité au premier rang. Depuis sept ans il s'est livré à l'enseignement public de la microscopie appliquée aux études médicales; il a eu une forte lutte à soutenir pour vaincre l'indifférence et des médecins et des élèves; et à force de persévérance il en a triomphé. Ce livre qu'il publie en est le plus beau témoignage; il y a sept ans, il n'aurait pas trouvé peut-être dix lecteurs; aujourd'hui c'est le complément nécessaire de tous nos Traités d'anatomie; la physiologie y trouvera des documents essentiels; et les études cliniques même, pour être complètes, ne sauraient négliger les données importantes qu'il leur apporte.

On ne s'attend pas que nous en fassions une analyse détaillée; c'est un livre qui veut être étudié plutôt que lu; comme les ouvrages d'anatomie qui ne sont bien compris que le scalpel à la main, les nombreuses expériences, les mille détails contenus dans celui-ci ont besoin d'être revus et étudiés au microscope. Nous indiquerons seulement la marche que l'auteur a suivie, afin que l'on puisse s'en faire une idée générale.

Comme l'ouvrage porte le titre de Cours, il est divisé en leçons. Quatre leçons sont consacrées à l'étude du *sang*; la cinquième traite du *mucus*, la sixième du *pus*, la septième de la *sueur*, de la *salive*, de la *bile*, et commence l'étude de l'*urine*, qui prend à elle seule encore les deux leçons suivantes; la dixième et la onzième s'occupent du *sperme*; les quatre suivantes du *lait*, qui n'occupe pas, comme on le voit, une moindre place que le sang lui-même; et enfin la dernière comprend l'examen du *chyle*, de la *lymphe*, de la *syno-*

(1) Un vol. in-8°; prix, 7 fr. 50. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17.

vie, du *vaccin*, de l'*eau de l'amnios*, et des *matières fécales*.

Nous avons dit que cette anatomie microscopique fournissait d'amples renseignements à la physiologie et à la clinique : c'est ce qu'il est facile de démontrer en jetant un coup d'œil sur l'histoire du sang. Après l'avoir étudié à l'état normal et sous le verre du microscope, l'auteur recherche sa marche dans les vaisseaux, dans l'intérieur des follicules, dans l'embryon du poulet; il poursuit ses altérations pathologiques dans la chlorose, la fièvre typhoïde, et dans d'autres affections. Un des résultats les plus importants et les plus imprévus de ces recherches, c'est qu'il est impossible de reconnaître au microscope s'il y a du pus dans le sang, tant les globules blancs de celui-ci ressemblent aux globules de l'autre.

De même pour le lait, on lira avec un grand intérêt l'histoire de ses altérations, soit physiologiques, soit pathologiques; lait purulent, lait mélangé de sang, lait des femmes syphilitiques, etc.

Nous avions dessein, pour finir d'appeler l'attention toute spéciale des chirurgiens sur un article qui termine la dernière leçon, et qui traite *des objets appartenant à l'œil même de l'observateur, et qui peuvent être confondus avec les objets réels que l'on examine au microscope*. Mais ce sujet nous a paru si neuf et si intéressant pour l'ophthalmologie que nous avons reproduit l'article presque en entier dans notre *Revue critique*.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

L'Académie des sciences n'a pas reçu de communications chirurgicales importantes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 14 *novembre*.—M. Bérard jeune fait un rapport sur un travail de M. Bonfils père, de Nancy, intitulé : *Observations tendant à prouver la possibilité de la cure radicale de tumeurs et d'hydropisies enkystées au moyen d'une simple ponction*. Nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochain numéro.

—Le 12 décembre, l'Académie a tenu sa séance annuelle ; M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel, a lu le rapport sur les prix de 1843, et le programme des prix de 1845. Aucune des questions proposées n'a trait à la chirurgie.

—M. Guérin a interjeté appel du jugement qui le condamne. C'était son droit sans doute; mais à le voir poursuivre avec tant d'acharnement le gain impossible d'une cause à jamais perdue; il faut donc que la liberté de discussion et de critique le gêne, à un point qu'on n'aurait pu soupçonner.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

(1re ANNÉE, 1843.)

II.—REVUE CRITIQUE.

Chirurgie.

Obstétrique.

Pharmacologie chirurgicale.

III. — BULLETIN CLINIQUE.

IV.— BIBLIOGRAPHIE.

V.—NOUVELLES ET VARIÉTÉS.

FIN DE LA TABLE.

PARIS. IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET Cie, Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55.